



TRABAJO DE FIN DE GRADO

LENGUAJE Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Autor: MARÍA RODRÍGUEZ ARANDA

Tutor: MARÍA JESÚS PAREDES DUARTE

GRADO EN HUMANIDADES

Curso Académico: 2014-2015

Fecha de presentación: 25/06/2015



FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

INTRODUCCIÓN.....	2
Antecedentes y estado del arte	2
Objetivos e hipótesis	4
Metodología y organización.....	4
DESARROLLO DEL TEMA.....	6
1. Contexto histórico: origen de las enfermedades mentales.	6
2. Enfermedades mentales: concepto y etiología.....	14
3. Enfermedades mentales frecuentes que afectan a la personalidad. ...	19
3.1. El trastorno esquizofrénico.....	19
3.2. El trastorno bipolar.....	22
4. El lenguaje en los enfermos mentales.....	26
4.1 El lenguaje en la esquizofrenia.	26
• Elementos verbales.....	27
• Elementos no verbales.....	32
• Elementos paralingüísticos.....	33
• Algunas consideraciones sobre el sonido y la grafía de las palabras.....	34
4.2 El lenguaje en la bipolaridad	34
5. La necesidad de expresarse. Comunicación y lenguaje a través de las manifestaciones artísticas de un enfermo mental.	37
6. Caso práctico.....	44
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47

Lenguaje y trastornos de la personalidad refleja el interés por dos enfermedades mentales que han sido estigmatizadas a lo largo de la historia. Estas enfermedades, a pesar de haber sido muy estudiadas, sorprenden por su incidencia en el lenguaje, perspectiva de la que poco se ha hablado. Trataremos este asunto desde un punto de vista interdisciplinar que abarca desde el ámbito de las Humanidades (Historia, Lingüística, Comunicación y Arte) al contexto clínico de la Medicina y, en menor medida, de la especificidad de la Psicología y la psiquiatría.

Palabras claves: esquizofrenia, bipolaridad, trastornos del lenguaje, trastornos de la personalidad.

Language and personality disorders reflects the interest in two mental diseases which have been stigmatized throughout history. These diseases, in spite of having been very studied, they surprise for his incident in the language, perspective about which little one has spoken. We will treat this matter from a point of view to interdiscipline that it includes from the field of the Humanities (History, Linguistics, Communication and Art) to the clinical context of the Medicine and, in minor measure, of the specificity of the Psychology and the Psychiatry.

Keywords: schizophrenia, bipolar disorder, language disorders, personality disorders.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE

La observación del lenguaje en personas que sufren patologías mentales que afectan de manera directa a la personalidad, es tan antigua como el estudio o etiología de enfermedades añejas como la esquizofrenia o la bipolaridad. Las alteraciones de la mente y la conducta de los seres humanos se conocen desde hace cientos de años. Sujetos perturbados que creían ser castigados por los dioses a través de crisis nerviosas, histerias, actitud descontrolada y lenguaje incomprensible.

Encontramos un antecedente a nuestro estudio en la figura de Don Juan Huarte de San Juan (1529 – 1588). Se le reconoce la autoría de la obra *Examen de ingenios para las*

Sciencias (1575) en donde añade aspectos ya muy relacionados con el lenguaje y las enfermedades mentales:

“Y es que si el hombre cae en alguna enfermedad por la cual el cerebro de repente muda su temperatura (como es la manía, melancolía y frenesía) en un momento acontece perder (si es prudente) cuanto sabe, y dice mil disparates; y si es necio, adquiere más ingenio y habilidad que antes tenía” (p. 57).

A través de esta afirmación nos percatamos de que independientemente de que la descripción etiológica de la enfermedad fuera cierta o no, el trastorno en el lenguaje está patente. Huarte de San Juan ya afirmaba categóricamente que se encontraba ante enfermos que presentaban un lenguaje singular, grandes oradores e incluso personas que hablaban repentinamente en latín sin haber tenido estudios previos. Autores que se han encargado de estudiar la concepción lingüística de este personaje (Mondéjar, 1984) sostienen que no podemos obtener de éste (con respecto a las enfermedades mentales) estudios puros de lingüística sino *filosófico-lingüísticos*.

Otros estudios con aires renovados (Kraepelin y Bleuler), fundamentados en el método científico “[...] apuntan a un desorden formal del pensamiento y por consiguiente las alteraciones del discurso verbal de los pacientes es un signo claro y evidente. Por lo tanto, la definición de la enfermedad mental ha estado fuertemente vinculada a la observación de alteraciones como la incoherencia, la falta de comprensibilidad del habla o la desorganización de las ideas en el discurso. El lenguaje ha ido perfilándose como un área de observación y análisis que los investigadores no pueden pasar por alto. Gracias a él pueden saber cuáles son las funciones y los procesos cognitivos que están alterados, el grado de especificidad diagnóstica de estas alteraciones y cuál es su relación funcional con la patología” (Belinchón, 1988, p. 105).

El estudio del lenguaje permite un acercamiento al mundo irreal, imaginario e ilusorio concebido por estos enfermos. Un universo no agradable que atormenta al paciente en lo más profundo de su ser y hace que pierda el control. Estas expresiones, con un carácter singular del cual no podemos dudar, no solo se manifiestan a través de gestos y palabras sino que disponemos de otras exteriorizaciones lingüísticas. Ejemplo de ello son las cartas o las “expresiones artísticas” que trataremos en apartados posteriores.

Estudios actuales basados en la psicolingüística apuntan la dificultad de tratar este tipo

de enfermedades ya que no presentan un cuadro clínico común y estable para todos los pacientes. El deterioro del lenguaje también cambia de manera considerable de unos a otros y se deben tener en cuenta otros factores que tienen incidencia en este como es el uso de fármacos. Como vemos, hoy día sigue habiendo un halo de misterio que rodea a las enfermedades mentales que más incidencia tienen sobre el acto comunicativo.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El propósito inicial y el que le dará cuerpo a nuestra investigación no es más que uno de los aspectos que definen la esencia del Grado de Humanidades: la interdisciplinariedad. Basándonos en este supuesto haremos un somero recorrido por las disciplinas que nos han inferido de conocimiento. Tales como la Historia, Comunicación, Filosofía, Historia del Arte y Lingüística. Todas ellas unidas y cohesionadas a través de un hilo conductor: el lenguaje.

A través de este entramado expondremos el que quizás sea el objetivo principal de nuestra investigación. Este consiste en explicar la relación existente entre los trastornos del lenguaje y enfermedades como la esquizofrenia o la bipolaridad. Hemos considerado la elección de ambas patologías porque afectan directamente a la personalidad del individuo que las padece y derivan en unas manifestaciones lingüísticas únicas y extraordinarias.

El fin último de nuestro estudio es demostrar la posibilidad de entroncar ramas de las Humanidades con asuntos tan alejados como la medicina y en concreto la psiquiatría.

No debemos olvidar la importancia de la psicología clínica en todo este entramado, ya que estudia directamente todo lo relacionado con las enfermedades mentales. No podemos ahondar en cada uno de los estudios y clasificaciones que hace esta de la esquizofrenia y la bipolaridad, pero sí labraremos una esfera general de ambas enfermedades. Todo esto nos servirá para preparar al lector y que conozca –repetimos en términos generales, a qué tipo de personas nos enfrentamos a la hora de analizar el lenguaje que les acompaña.

Teniendo en cuenta el desarrollo de nuestro trabajo nos vamos a basar en tres perspectivas de las citadas, aunque trataremos transversalmente otras muchas de las mencionadas.

METODOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN

Para el desarrollo de nuestro trabajo nos basamos en un método deductivo partiendo de una premisa general. Este nos ha permitido realizar una exhaustiva revisión de los trastornos tanto desde el punto de vista de la Historia, de la Lingüística así como el arte, pasando por la Psicología clínica y la Psiquiatría.

El inicio de nuestro desarrollo estará marcado por una exposición basada en uno de los aspectos claves que da cuerpo a nuestro trabajo: la Historia. Realizaremos una sucesión de acontecimientos históricos relacionados con el origen de las enfermedades mentales. Con ello pretendemos contextualizar al lector para que conozca la diacronía de las enfermedades que presentan un trastorno del lenguaje claro. Así demostraremos que esta concepción no deriva de estudios contemporáneos sino que ya eran patente en los tiempos más remotos.

Seguidamente pasaremos a tratar tanto la definición como la etiología de la esquizofrenia y la bipolaridad. Nos parece indispensable contemplar este asunto porque debemos conocer previamente ambas patologías para posteriormente exponer el trastorno del lenguaje que pueden presentar estos enfermos.

El siguiente paso se corresponde al estudio del lenguaje (segundo aspecto clave en nuestra exposición interdisciplinar). Lo abordaremos desde una perspectiva teórica/práctica donde presentaremos de manera ejemplificada cada una de las peculiaridades que puede presentar el discurso de estos enfermos. No solo trataremos los elementos verbales, sino también los no verbales y los paralingüísticos que se conocen hoy día.

El último aspecto que tratará nuestro trabajo será el de las “manifestaciones artísticas” entendidas como una forma más de expresión y comunicación, elementos fundamentales también en el estudio del lenguaje. Veremos a lo largo de nuestro discurso la aparición del término *manifestaciones artísticas* entrecomillado. Lo exponemos de este modo conscientemente porque en realidad no son expresiones artísticas como tal, donde el autor tiene la voluntad de crear, dibujar o pintar algo bello. Sino que comprenden una muestra de los síntomas que produce la enfermedad mental.

También añadiremos un caso práctico que servirá para ejercitar y afianzar el conocimiento expuesto en el apartado del lenguaje. Este servirá para evidenciar la

visión de los trastornos mentales que durante mucho tiempo se han considerado posesiones demoníacas e influencias del más allá.

Pondremos punto y final a nuestro estudio con las conclusiones que derivan de la investigación.

DESARROLLO DEL TEMA

1. CONTEXTO HISTÓRICO: Origen de las enfermedades mentales.

Consideramos indispensable el papel que desempeña la Historia en nuestra investigación. En esta sección no tienen cabida las diversas teorías que han estudiado estas enfermedades, no por ausencia de interés sino por falta de competencias. No pretendemos ahondar en teorías de ámbito médico y psicológico muy alejadas del dominio humanístico. Conoceremos la consideración histórica que ha tenido la enfermedad mental a lo largo de la diacronía y qué es lo que ha motivado a los investigadores contemporáneos a estudiar el lenguaje tan impactante que puede presentar el discurrir de la enfermedad.

En la antigüedad, debido a la falta de información y de investigación científica, las personas buscaban respuestas en las creencias, los dioses, la religión. Esta doctrina guiaba a los imploradores a través de los senderos de la adivinación y la espiritualidad.

Las respuestas que obtenían no siempre eran las más acertadas pero les permitían tener una explicación de lo que pasaba a su alrededor. Nuestros antepasados contemplaron la enfermedad como algo mágico y mitológico.

La creencia más generalizada consistió en tratar al enfermo mental como a alguien poseído por un ente diabólico. A saber sujetos que entran en crisis nerviosas, histerias, lenguaje incomprensible y actitud descontrolada. El planteamiento terapéutico que se llevaba a cabo en estos orígenes se basaba en aplacar a los dioses con plegarias, además de someter y torturar a la persona para expulsar el demonio de su cuerpo.

Se percataban de la conducta excitada, incansable, irritable y agresiva propia de los episodios de manía; también de la actitud apática, melancólica e incluso suicida características de la depresión. No pasaban por alto la pérdida de memoria y los actos

insensatos o la conducta delirante con experiencias auditivas y visuales no compartidas por los demás. Síntomas propios de las enfermedades que tratamos en el presente trabajo. (Crammer, J.L, 1998)

¿Acaso no se traducen estos síntomas en la producción del lenguaje? Este se articula en función del pensamiento y si el cerebro sufre una deficiencia en la estructura o en las conexiones neuronales, su lenguaje se verá afectado de modo negativo haciendo que el paciente pierda la capacidad ante este.

Ya en la antigua Grecia se incorpora una nueva visión a la mitológica enraizada (que durará hasta bien entrado el Renacimiento). Esta es fruto del juicio racional fundamentado en la ciencia y caracterizará desde entonces a las principales líneas del pensamiento occidental.

Ya lo dijo, alrededor del siglo V a.C Hipócrates de Cos, que no de Quíos: “*La madre del conocimiento es la ciencia*” (460 a.C - 370 a.C).

Pero, ¿Quién es la madre del conjunto?, ¿Quién dispone de la supremacía en torno a la cual se mueve el ser y todo aquello que lo pueda afectar?

Naturaleza, humores y microcosmos.

Hipócrates estaba muy influenciado por la naturaleza (*Physis*), concepción heredada de los autores presocráticos. Pensaba que esta conformaba una sustancia primigenia y que era el fundamento de todas las cosas. Estaba formada por una serie de propiedades que operaban en función del equilibrio y la armonía y además tenía la capacidad de autorregularse y poner en consonancia a cada uno de los elementos que forman parte de ella.

Hipócrates asumió la teoría de Demócrito¹ (460 a.C – 370 a.C), coetáneo suyo. La concepción de considerar al hombre como un universo en miniatura y éste a su vez formar parte de un todo (*Physis*), le lleva a establecer la *Teoría de los Humores* donde componentes del cuerpo humano que se presentan por exceso o defecto y que establecen paralelismos con la naturaleza, inciden directamente en el ser provocando la enfermedad.

¹ Demócrito (460 a.C – 370 a.C) fue pionero en afirmar que el universo estaba formado de un número infinito de partículas. Con esta afirmación rechazó la concepción previa de que el universo se formaba exclusivamente a partir de los cuatro elementos: Aire, tierra, fuego y agua.

Esta teoría publicada en el *tratado de los humores*, bebe de la conjetura establecida por Empédocles (495-425 a.C) sobre los elementos del universo y por ende de la naturaleza: aire, fuego, tierra y agua.

Hipócrates establece que el hombre dependía del equilibrio entre los cuatro líquidos (humores) que lo conformaban: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. A partir de estos catalogaba los cuatro temperamentos que pueden aparecer en exceso en los enfermos mentales que presentan un estado colérico, agitado, impasible o melancólico.

La sangre es caliente y húmeda como el aire y aumenta en primavera (agitado); la bilis negra es fría y seca como la tierra y aumenta en otoño (melancólico); la flema es fría y húmeda como el agua y aumenta en invierno (impasible); por último la bilis amarilla es caliente y seca como el fuego y aumenta en verano (colérico) (Alby, 2004).

El que la persona presente un estado de salud favorable depende del equilibrio de estos componentes, si por el contrario hay supremacía de uno frente a los demás puede desembocar en el desequilibrio y por consiguiente en la enfermedad.

¿Cómo se establece el equilibrio de estos cuatro humores? La respuesta reside en la esencia de la medicina hipocrática. Al ser el hombre un microcosmos (naturaleza en miniatura), en él reside la capacidad de curación y restablecer el equilibrio roto por la enfermedad. La función del médico radica en ayudar en ese equilibrio (si fuera necesario) estableciendo un régimen de vida adecuado (dieta), facilitando los remedios necesarios (fármacos) y la cirugía.

Que entendieran ya en la antigua Grecia que las enfermedades mentales son fruto del desorden corporal es un gran paso, aunque no se mencione nada del cerebro ya que el conocimiento que tenían sobre este era ínfimo.

Tampoco la terminología usada tenía el mismo sentido que le damos ahora ya que eran escasos síntomas de los enfermos mentales los que habían sido estudiados. En tiempos de Areteo (100 d.C) el concepto de *manía* hacía alusión a la forma agitada de cualquier enfermedad mientras que la *melancolía* se refería a la forma tranquila de la enfermedad mental. Ambos conceptos muy alejados de lo que consideramos hoy un episodio de psicosis maniaco-depresivo.

A pesar de ello ya introducían afirmaciones en donde defendían que la melancolía se reduce a una fantasía única. ¿Estarían haciendo alusión a lo que hoy día conocemos como delirios? ¿Se refieren a experiencias auditivas y visuales no compartidas por los demás?

Debieron ser muchas las prácticas con esta tipología de enfermos alienados hasta darse cuenta de la reaparición de los síntomas algún tiempo después de padecerla. Es lo que hoy conocemos como los períodos de crisis y eutimia (estabilidad). Esta concepción de que la enfermedad es prácticamente incurable² y que somete al paciente en un estado de estupidez o entumecimiento deja vía libre al médico para decidir si va a tratarlo o no.

Anatomía, voz y lenguaje.

Galeno (129 d.C – 210/216 d.C aprox.) se alejaba cada vez más de esta concepción naturalista y centraba su trabajo en la localización de las enfermedades a través del conocimiento de la anatomía, fisiología y el razonamiento deductivo (de lo general a lo particular). Podríamos decir que sus estudios fueron el origen de investigaciones posteriores que defienden la aparición de las enfermedades mentales a partir del componente genético.

Demostró la importancia de la médula espinal en el control de algunos músculos y estudió su relación con el cerebro (aún muy primitivo). Veremos en apartados posteriores como la neurobiología contemporánea se encargará de estudiar el sistema nervioso. Hoy día sabemos que la médula espinal se ocupa de conectar todas las células nerviosas del cuerpo con el cerebro y a partir de ahí se producen los pensamientos, las emociones y la conducta. Aspecto que sin duda tiene incidencia directa en las enfermedades mentales y a lo cual se encuentra supeditada la producción del lenguaje.

Sus conocimientos sobre el cerebro le llevaron a pensar que la alienación se producía en el interior de este. También dilucidó un aspecto aún más importante con respecto a nuestro estudio del lenguaje: demostró que es el cerebro el órgano encargado de controlar la voz. Consideramos esta afirmación de especial relevancia ya que la voz es la manifestación sonora de la producción del lenguaje. Si defendemos que este se

² Es curioso como ellos mismos asumían no conocer cada uno de los elementos que forman parte de la naturaleza. Ante el desconocimiento, aceptaban la incapacidad de curar la enfermedad por la falta de rigor a la hora de restablecer el equilibrio de los elementos para sanar al enfermo.

produce en función del pensamiento y en esta ocasión nos encontramos ante un paciente con anomalías en el cerebro, estaríamos explicando dónde reside la afección del lenguaje y qué es lo que hace que este se vea afectado negativamente (sobre todo en la esquizofrenia).

Creencias, demonios y brujas.

En el inicio de la Edad Media aumenta el poder y el dominio del catolicismo. La fuerza espiritual monoteísta y el espíritu divino marcan la vida de los habitantes de esta época ¿Será una forma de retroceder a las concepciones legendarias más antiguas que introducíamos en este apartado?

Sea lo que fuere y en el ámbito de los enfermos mentales, es cierto que se abandona la actitud y labor científica de la medicina griega y el pensamiento racional. Nos encontramos ante un tiempo en donde se refuerza la idea de las posesiones demoníacas. A partir de ahora la suerte de los alienados está en manos de la superstición, la demonología y el exorcismo. El sometimiento a torturas y a quemas en la hoguera servía de excusa para la curación y salvación del alma de estos desequilibrados.

Al margen de las creencias tenemos enfermos que descuidaban tanto su alimentación como la higiene y deambulaban sin rumbo fijo hasta perderse o amenazar a otras personas. Se transformaban en sujetos de conducta impredecible, inaccesibles al razonamiento e incapaces de mantener relaciones sociales. Debido a su estado de abstracción, ignoraban o desafiaban las normas de la comunidad. (Crammer, 1998, p.31).

Manicomios, *imaginatio* y enfermos de la razón.

Siguiendo la línea cronológica, en el Renacimiento, se cuestionan los conceptos sobrenaturales y teológicos que imperaban en la época anterior. Encontramos en nuestro país el que es considerado el primer manicomio del mundo: el Hospital de los Pobres Inocentes en Valencia, fundado por Fray Joan Gilabert Jofré en 1409.

Destacamos en este período a Johann Weyer (1515 – 1588) médico especialista en enfermedades mentales el cual se dedicó a realizar descripciones clínicas. En su obra *De Praestigiis Daemonum* (1563) se retrata como hijo de la época que le tocó vivir. En ella se ve claramente las creencias propias de su tiempo y es que no debe

extrañarnos que creyera todavía en los espíritus, el demonio o la magia negra. Lo sustancial de su obra reside en identificar a las brujas y posesos como enfermos mentales que debían de ser tratados primeramente por un médico y en última instancia por un sacerdote.

Es una época donde los que están en contra de las razones sobrenaturales, indagan para encontrar las causas naturales que originan las enfermedades mentales. Se introducen conceptos muy novedosos como el de *imaginatio* para hablar de una fuerza que puede provocar enfermedades físicas y mentales, así como curarlas. Quizás este sea el origen de nuestro concepto de sugestión, entendido como el control de la voluntad de una persona llevándolo a obrar en un sentido determinado.

Sin ninguna duda se sigue hablando de enfermedades que privan de la razón, no de enfermedades mentales como tal. Es un período en donde no se vacila en la aplicación de productos químicos para buscar el remedio del mal. Ejemplo de ello es el médico Paracelso (1491 – 1541) el cual no tuvo reparo en trepanar dedos y cabezas como vía de escape de los vapores que producen la manía. Opio, mandrágora (se usaba como narcótico), encierros para domeñar la cólera, inmersiones en agua... (Ackerknecht, 1993).

Emociones, deseos y conducta.

El siglo XVII no difirió mucho de la época anterior a pesar de que la ciencia avanzara a pasos ligeros. El problema estaba en que los estudios eran profundamente teóricos y la práctica escasa.

Parece que en este momento y también en el XVIII había inquietudes sobre la relación entre los aspectos fisiológicos (la función de los seres orgánicos tales como los distintos órganos que forman el cuerpo) y psicológicos. Se especuló acerca de las emociones y los deseos y cómo influían en la conducta. Será un vaticinio de teorías contemporáneas que aseguran que un cambio en la conducta afecta directamente a las emociones. ¿Acaso los cambios que sufren en la conducta los enfermos mentales y la expresión de las emociones no se materializa a través del lenguaje (términos, gestos y actitudes)?

Se desarrollan ideas como la *fisiognomía* entendida como el estudio del carácter personal a través del aspecto físico y la *frenología* como la doctrina psicológica que

defiende la localización de las facultades psíquicas en zonas concretas del cerebro y se corresponden con relieves del cráneo de una persona.

Es un período en donde se desarrolla el *magnetismo animal*³ (actual sugestión, antigua *imaginatio*) por Franz Anton Mesmer (1734 – 1815) el cual usaba la hipnosis como tratamiento contra las enfermedades mentales (Sarason, 2006)

Falsa moral, observación y descripción clínica.

El siglo XIX resulta ser una centuria revolucionaria en lo que respecta a los enfermos mentales. Contamos con la promulgación de los derechos del hombre y la sensibilización del ciudadano sobre las prácticas realizadas a estos enfermos en los manicomios. Esto favoreció un cambio en el trato institucional insistiendo en el asilo como un centro terapéutico y no de represión o control social. Destacamos la figura de Philippe Pinel (1745 – 1826) dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Dedicó su carrera a observar y analizar de manera sistemática cada una de las conductas observables de la enfermedad. Defendía que podía haber una mejora en la actitud de estos si se les proporcionaba un tratamiento moral basado en el sentido común: hablarle con amabilidad, compadecerse de él y darles esperanzas. Normalizar al enfermo con razonamientos y una actitud educativa. Al principio fue un éxito pero luego fue muy criticado porque sus tratamientos hacían que la recaída fuera todavía más profunda (Jarne Esparcia, 2006, p. 22).

³ Mesmer escuchó hablar del trabajo de algunos médicos ingleses que trataban ciertas enfermedades con imanes. Suponemos que los resultados eran satisfactorios ya que este decidió tratar a una paciente haciéndole ingerir una preparación que contenía hierro y sujetó tres imanes a su cuerpo, uno en el estómago y dos en las piernas. La paciente recuperó espectacularmente y Mesmer afirmó que los imanes habían reforzado o fortalecido la causa primaria de la curación: lo llamó magnetismo personal o animal. Mesmer sostenía que todos los seres humanos tenían un líquido magnético especial, una clase de sexto sentido que, al liberarse, podía curar y prevenir todas las enfermedades. Estaba convencido de que poseía una abundancia del líquido fuera de lo común y que un ademán de sus manos era suficiente para hacer que sus pacientes sintieran su fuerza magnética.

En realidad, lo curioso de la práctica de Mesmer es la praxis hipnótica que realizaba más que los experimentos magnéticos. Los pacientes entraban en una habitación con una alfombra gruesa, luz tenue, música suave y ambiente perfumado. Se tomaban de la mano y formaban un círculo alrededor de una pila llena de agua magnetizada. Mesmer entraba vestido con una capa y una gran espada en su mano. Este ambiente dramático se creaba en forma deliberada para lograr la crisis emocional necesaria para la curación. Muchos aseguraron la eficacia del tratamiento de este médico tan extravagante, pero en realidad su terapia estaba más relacionada con el poder de la sugestión que con los líquidos magnéticos del cuerpo humano. Su *magnetismo animal* era precursor de un medio psicológico complejo para influir en las actitudes y la conducta. (Sarason I. G., Sarason B. (2006). pp. 15-17)

A pesar de predicar con el razonamiento y los estímulos, se le conocen prácticas que actualmente no tienen cabida en el plano de lo moral atando al paciente en una silla basculante que sumergía su cabeza en una bañera con agua.

Si algo debemos agradecerle a esta etapa es que se aplicara por primera vez el método clínico descriptivo. La importancia residía en la descripción clínica con la recopilación de los casos y la observación detallada tanto del comportamiento como de la sintomatología del enfermo. Se pretendía conseguir la descripción y clasificación de los trastornos mentales dejando totalmente de lado las causas sobrenaturales y la antiquísima teoría de los humores.

Diagnóstico, *dementia praecox* y locura maníaco depresiva.

En este tiempo se mantiene que tanto la *manía* como la *melancolía* son enfermedades que conducen al deterioro mental (intelectualmente hablando). Posiblemente enfermos diagnosticados bajo estos supuestos, serían actuales enfermos de esquizofrenia.

Señalamos el adjetivo “actual” para hacer hincapié en que es un término mucho más tardío. Es el resultado de lo que Emil Kraepelin (1856 – 1926) llamó *demencia precoz* y diferenció de la *locura maníaco depresiva*, actual bipolaridad.

Presentaba un sistema de trabajo metódico observando al enfermo a partir de un patrón basado en la actividad, el humor y el pensamiento. Por lo tanto el trato y el estudio de éste se convertían en algo crucial para ver el desarrollo de la enfermedad y su desenlace a lo largo del tiempo.

Se habla de un diagnóstico serio, un cuadro clínico establecido a partir de la tristeza vital, autorreproches, verborrea, sentimiento de culpa, cambios de ánimo extremos o trastornos de humor para los maníacos depresivos. Y de catatonía, ideas delirantes, decadencia psíquica o carácter irritable para los catalogados bajo la demencia precoz.

Nos llama la atención que dentro de la clasificación que hacía Kraepelin de estos enfermos tiene cabida los trastornos del lenguaje que nos interesan hoy. En las traducciones publicadas tardíamente de sus estudios (Kraepelin, 2008) vemos que identificaba un lenguaje plagado de neologismos, confuso y con frases sin sentido.

Parece que estas teorías triunfaron y asentaron una buena base metodológica sobre la que han estudiado nuestros investigadores contemporáneos. Nos atrevemos a realizar esta afirmación debido a que el término *maníaco depresivo* sigue vigente.

El de *dementia praecox* no corrió con la misma suerte ya que eran numerosos los detractores que alegaban que las características psíquicas que presentaban los enfermos no eran propias de la demencia (que aparecía a la vejez) ni tampoco tenía carácter precoz porque no todos los casos se daban a una edad temprana.

Es evidente que nos encontramos en una esfera plagada de autores de renombre, teorías y opiniones distintas que son inabarcables en nuestro ensayo. Pero si tuviéramos que cerrar nuestra sincronía con algún nombre, no dudaríamos en resaltar a Eugen Bleuler (1857 – 1939), médico y psiquiatra suizo que acuñó el término *schizophrenie*: esquizofrenia. Se dedicó concienzudamente a ordenar los diagnósticos (que este mismo consideraba imprecisos) de las enfermedades mentales e hizo grandes aportaciones al mundo de la psiquiatría (Elstein, L., s.f).

2. ENFERMEDADES MENTALES: Concepto y etiología

Para poder analizar el trastorno del lenguaje que acompaña tanto a los enfermos esquizofrénicos como a los maníaco-depresivos creemos necesario tratar el concepto y la etiología de ambas enfermedades. Gracias al estudio del cuerpo humano y por ende del cerebro podemos conocer qué zona es la que está afectada y por lo tanto cuál es su afección con respecto al lenguaje.

La neurobiología es la ciencia que estudia el sistema nervioso. Gracias a ella sabemos que los pensamientos, las emociones y la conducta del ser humano se deben a la actividad de las células nerviosas del cerebro y la médula espinal, que se encarga de conectar el cerebro con el resto del cuerpo. No solo intervienen estos dos factores. Algunos estudios (Lickey y Gordon, 1990) destacan que la actividad de las células nerviosas depende de un complejo sistema de reacciones químicas y movimientos de las moléculas. Por lo tanto, esto nos lleva a pensar que sin la existencia de los elementos anteriores, los pensamientos, las emociones y la conducta no podrían existir. Debido a esta afirmación deducimos que el cambio en la conducta humana, síntoma destacable tanto en la esquizofrenia como en la bipolaridad, se debe a la alteración de

las reacciones químicas cerebrales afectando al sujeto y menguando su capacidad para actuar adecuadamente.

Dicho así, puede parecer que el estudio del cerebro y los agentes que en él intervienen está totalmente superado. En realidad no es así, ni tampoco sabemos qué reacción química se produce en el cerebro para que derive en una enfermedad mental. Hay pacientes que sufren de una disfunción de una zona cerebral entera, otros que dejan de sintetizar un determinado transmisor o lo sintetizan en exceso o por defecto. Quizás pensemos que la ciencia ha avanzado de manera considerable en estos últimos años como para poder dar respuesta a lo que en este apartado estamos planteando.

Esta falta de información, en el caso de la esquizofrenia, se debe a que es una enfermedad exclusiva del ser humano. Por tanto, el comparar a un animal de laboratorio con el cerebro de una persona resulta imposible tratándose de dicha patología.

En el caso de la bipolaridad, se ha evidenciado que la participación genética en este trastorno puede parecer evidente. Fundamentan sus estudios en buscar la base bioquímica de la patología y enfocan la investigación al sistema de neurotransmisores y a las interacciones entre las moléculas, poniendo especial interés en lo que aparentemente esté alterado o presente un estado anómalo. A pesar de que, como ya hemos dicho, se evidencien los efectos neuronales en los pacientes bipolares, no son suficientes o se consideran incompletos para darles un peso etiológico⁴ (Palacios Boix, 2006).

La metodología para investigar este tipo de enfermedades es muy exhaustiva. Estamos agradecidos a que no estén permitidos los experimentos con seres humanos vivos para esclarecer el motivo de estas enfermedades. De no ser así estaríamos faltando a la buena práctica y moral médica. Que de buena tinta sabemos, que a lo que respecta a enfermos mentales, no siempre ha sido así.

Otra opción que se contempla es la intervención en el cerebro de los enfermos de esquizofrenia inmediatamente después de su fallecimiento. Así si se puede comparar el cerebro de una persona enferma con el de otra sana. Esto acarrea un nuevo problema, y es que las sustancias químicas del cerebro que nombrábamos con anterioridad, se deterioran muy rápidamente desde el mismo momento del fallecimiento. Los datos

⁴ La medicina define la etiología como el estudio de los signos de las enfermedades.

obtenidos de esta práctica son poco fiables ya que la mayoría de los pacientes han ingerido medicación para el control tanto de la esquizofrenia como de la bipolaridad y no sabemos si los cambios son producidos en el cerebro por la patología o por los fármacos.

Se considera que hay otros factores que intervienen en el desarrollo tanto de la enfermedad esquizofrénica como en la bipolar. Los autores recogen otra serie de causas que pueden acelerar el proceso de la aparición de la patología como puede ser el componente hereditario y los factores ambientales.

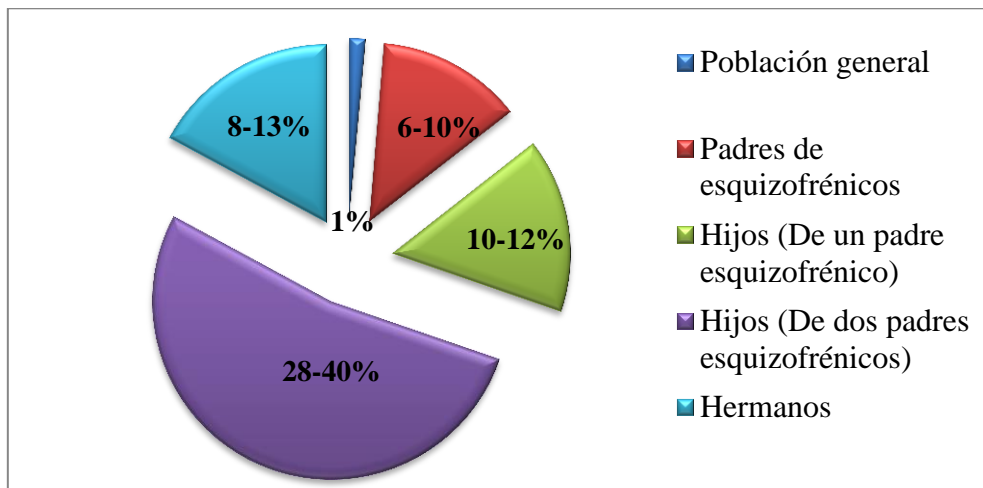
En el caso de la esquizofrenia es complicado distinguir estos componentes. Ya que no es puramente una cosa u otra; además de haber una fuerte desorganización física o mental como hemos expuesto con anterioridad. Parece que estas teorías que hablan sobre herencia y ambiente están superadas ya que los investigadores la catalogan como pobre y obsoleta. Convirtiendo la genética en un pilar fundamental a la hora del desarrollo de la enfermedad (OBIOLS, 1990)

Esta afirmación se fundamenta en tres tipos de estudios:

Estudios de familias de esquizofrénicos:

Los estudios más destacados son los de Zerbin-Rudin (1972), Jon L. Karlsson (1973) y Paul Bleuler (1978) quien acuñó el término *Esquizofrenia*, entre otros. Establecieron las prevalencias y los riesgos de padecer la enfermedad en los distintos grupos familiares:

RIESGOS A PADECER ESQUIZOFRENIA EN LOS DISTINTOS GRUPOS FAMILIARES



Estudios de gemelos:

En ellos destacamos la figura de Gottesman y Shields (1967). Evidenciaron que la aparición de la enfermedad está fuertemente ligada a la dotación genética del individuo. Estudiaron a los gemelos dicigóticos que comparten el 50% de su ADN y a los monocigóticos que son genéticamente idénticos.

De ahí extrajeron los siguientes datos:

- Gemelos dicigóticos: Predisposición de 9-26%
- Gemelos monocigóticos: Predisposición de 35-58%

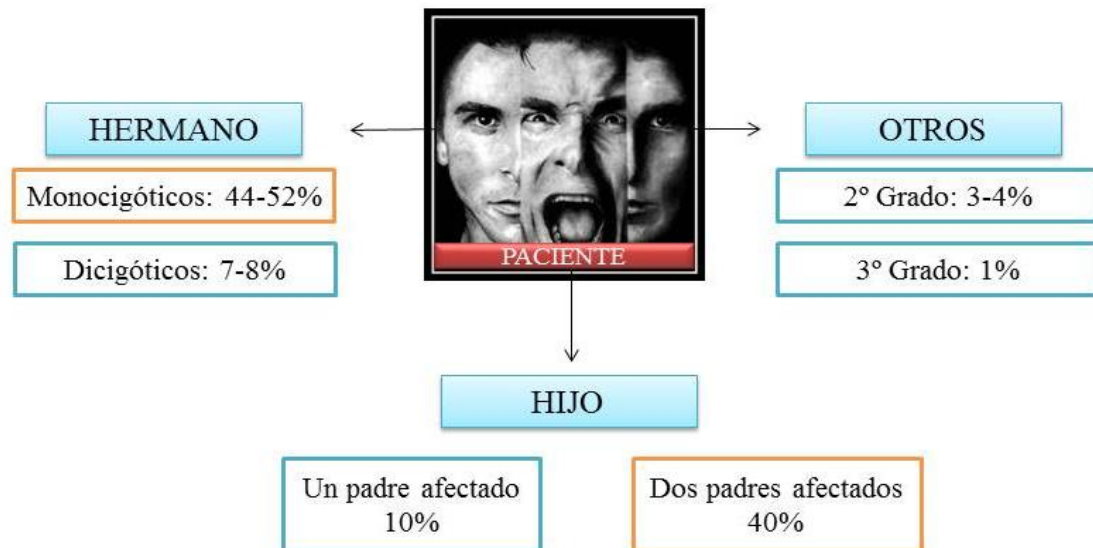
Evidenciaron entonces que la herencia no explica toda la causalidad; si así fuera la predisposición de los monocigóticos sería cercana al 100% y como vemos, no es así.

Estudios de hijos adoptivos:

Los más destacados son Kety (1968) y D. Rosenthal (1971). Sus teorías supusieron la demostración definitiva de la base genética de la esquizofrenia. Estudiaron a hijos de madres esquizofrénicas, separados al nacer y educados en familias normales. Estudiaron el índice de esquizofrenia en familiares de esquizofrénicos que fueron adoptados. Compararon índices en grupos de hijos de padres normales, adoptados por familias con un miembro esquizofrénico... Todas estas vertientes de estudio han demostrado que lo relevante a la hora de evaluar los índices de esquizofrenia, son los orígenes biológicos. Quedando así las influencias del ambiente y la educación familiar relegadas a un segundo plano (OBIOLS, 1990).

Estos estudios se ha complementado con teorías más actuales como la de Canon [et al]. en 1998 y Gottesman en 2010. Ambos estudian el componente hereditario y el ambiente en los esquizofrénicos. El resultado de sus teorías es prácticamente idéntico a los porcentajes expuestos en las teorías anteriores:

**ESTUDIOS ACTUALES SOBRE LOS RIESGOS A PADECER ESQUIZOFRENIA
EN LOS DISTINTOS GRUPOS FAMILIARES.**

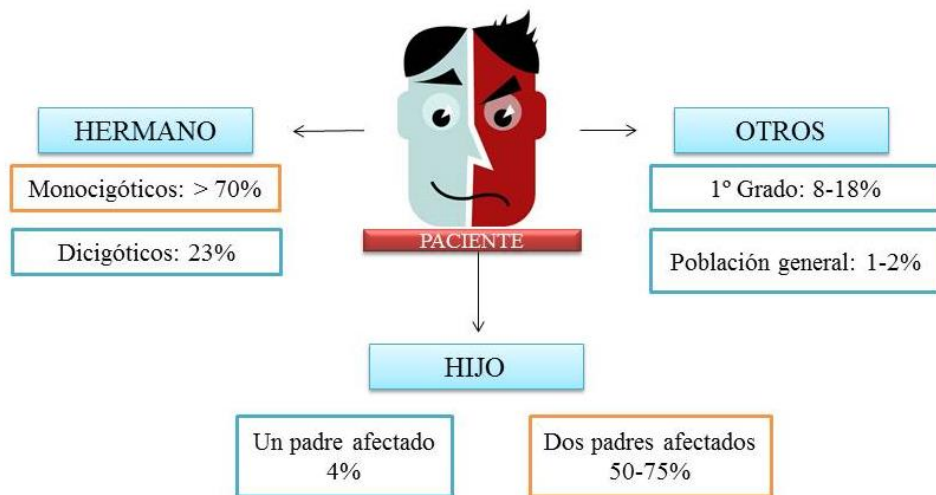


Datos obtenidos de Serna, E. y Baeza, I. (2011).

En el caso de la bipolaridad, parece que el factor hereditario y sobretodo el ambiental adquieren un mayor protagonismo con respecto a la patología anterior. En el caso este trastorno del ánimo, se ha demostrado a través de la observación genética, que hay una mayor predisposición al desarrollo de la enfermedad ante situaciones de estrés. Las experiencias de abandono o abuso en la infancia pueden constituirse en un activador de la patología convirtiéndose así en “estresores ambientales”, siendo entonces el ambiente un aspecto relevante dentro del diagnóstico. Así pues, “los estresores más poderosos son la muerte de un familiar cercano, la agresión física o sexual y los problemas conyugales. Estos crean un sustrato neurobiológico que predispone a los individuos en edad adulta a tener cambios inusuales en el estado de ánimo. Actualmente se mantiene que el trastorno bipolar combina la predisposición genética con las experiencias (consideradas factores ambientales), y son detonados habitualmente por acontecimientos traumáticos” (Palacios Boix, 2006. p.254-255).

El factor hereditario con respecto a la bipolaridad, supone hoy día un mero hecho de observación y no un factor decisivo. Los resultados obtenidos lo plantearemos a través del siguiente diagrama:

RIESGOS A PADECER BIPOLARIDAD EN LOS DISTINTOS GRUPOS FAMILIARES



Los padres e hijos de enfermos bipolares tienen un riesgo superior a padecer un trastorno afectivo en torno al 10-15% con respecto a la población general: 1-2%. Los resultados en gemelos monocigóticos suponen más de un 70% mientras que en gemelos dicigóticos es de 23%. Los familiares de primer grado están sujetos a un riesgo 8 a 18 veces superior con respecto a la población general. La descendencia de un padre bipolar tiene una posibilidad cuatro veces mayor a desarrollar un trastorno afectivo y si por el contrario son los dos padres los afectados el riesgo aumenta en un 50-75%.

Datos obtenidos de Palacios Boix, A. A. (2006). p.255

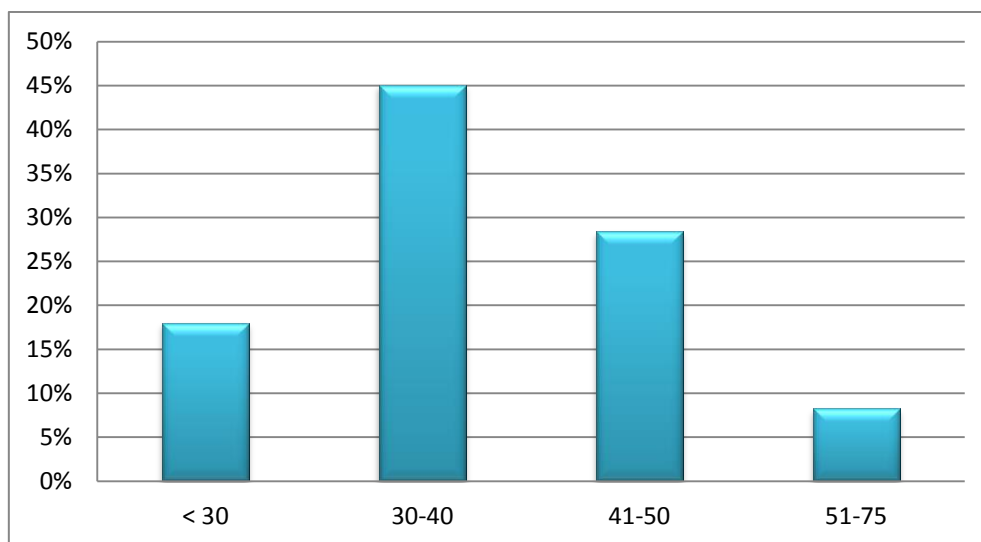
3. ENFERMEDADES MENTALES FRECUENTES QUE AFECTAN A LA PERSONALIDAD: esquizofrenia y bipolaridad.

3.1. EL TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO

Cuando hablamos de esquizofrenia quizás nos encontramos ante una de las enfermedades más incomprendidas en la actualidad. Nos enfrentamos a pacientes que sufren un trastorno mental crónico, severo y que en la mayoría de los casos lo incapacita ante la educación, el trabajo y poder desempeñar su vida con total normalidad. Recalcamos el hecho de que al tratarse de una enfermedad mental, encontramos distintos grados dentro de ella. Si atendemos a cada uno de los casos, independientemente de la escala en donde el paciente se encuentre, podemos llegar a una afirmación única que defiende que todos los sujetos esquizofrénicos muestran una grave distorsión del pensamiento, la percepción, las emociones y un claro déficit cognitivo. Si aunamos cada uno de estos elementos nos encontramos con que esta patología desemboca inevitablemente el trastorno del lenguaje de la persona afectada.

La aparición de los síntomas puede variar, haciéndose estos presentes de manera gradual o por el contrario apareciendo de manera súbita. Si prestamos atención al sexo de los pacientes nos damos cuenta de que puede afectar tanto a mujeres como hombres. Atendiendo a lo estipulado en la Organización Mundial de la Salud (OMS), la aparición de la enfermedad es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). La edad tampoco conforma un factor demasiado determinante ya que la esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad. A pesar de ello, a través del estudio de los casos es más frecuente que se inicie en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Extraños son los casos infantiles y también su aparición después de los 45 años. Así mismo, el sexo masculino desarrolla la esquizofrenia generalmente a una edad más temprana.

EDAD DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS



Datos obtenidos de Ruiz Jiménez, M. T., Núñez Partido, J. P., Jódar Anchía, R. y Meana Peón, R. (2008).

Observamos el gráfico en donde planteamos los datos anteriores con respecto a la edad de los pacientes diagnosticados. Los sujetos que cuentan con menos de 30 años de edad suponen un 18%; con 30 a 40 años se encuentra el 45,1% de la población afectada. Entre los 41 y 50 años vemos al 28,4% y en la franja de edad comprendida entre los 51 y 71 años vemos que son pocos los casos de aparición de la esquizofrenia suponiendo un 8,3% de los enfermos.

¿Qué síntomas padece un enfermo de esquizofrenia?

Si atendemos al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁵ (1996) son diversos los grados y las manifestaciones dentro de una misma enfermedad. Si tuviéramos que establecer unos criterios generales para todas las variables debemos decir que el deterioro del pensamiento/cognición y la conducta son inminentes en todos los casos. Son numerosos los autores que escriben acerca de la sintomatología de un enfermo con tendencia paranoide, pero la mayoría coincide en ser fiel a lo descrito en el DSM. En él se establece que no se puede diagnosticar a una persona como esquizofrénica sino ha sufrido estos síntomas continuos durante mínimo seis meses.

Incide constantemente en que los enfermos de esquizofrenia tienen falsas creencias, que reciben el nombre de *delirios*⁶, y también falsas percepciones lo que conocemos comúnmente como *alucinaciones*. Estas ideas son extrañas, grotescas e incomprensibles hasta tal punto que a una persona sana le cuesta creer que el enfermo pueda creérselas, de ahí uno de los condicionantes de estigmatización de la enfermedad. Es prácticamente imposible disuadir a un enfermo de esquizofrenia de sus delirios aun alegando los mejores argumentos.

Las *ideas de grandeza*, persecución, control, religiosas e incoherentes son habituales. En cuanto a las *alucinaciones*, debemos destacar las de tipo auditivo, es decir, estos pacientes escuchan voces que les hablan constantemente. Bien para hacer comentarios sobre su conducta, manejar sus acciones o bien para modificar sus pensamientos. Todo esto produce un halo de incoherencia alrededor del enfermo produciendo una pérdida notable de la capacidad de asociación e ideas profundamente ilógicas y pobres en contenido, que se suelen acrecentar cuando el paciente presenta un estado catatónico⁷.

⁵ Realizado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). Contiene los criterios necesarios para poder diagnosticar las distintas enfermedades mentales en cada una de sus vertientes. Supone un lenguaje común para los profesionales de la medicina, psiquiatría e investigación. Este manual ayuda a asegurar que el diagnóstico se lleve a cabo de manera precisa acompañado del juicio clínico y los criterios éticos necesarios.

⁶ No debemos confundir esta sintomatología con las supersticiones o la filosofía e ideas políticas excéntricas. Los delirios no son instruidos o aprendidos a lo largo de una vida, sino que son inventados por la mente enferma.

⁷ La psicología define la catatonía como un síndrome esquizofrénico, con rigidez muscular y estupor mental, algunas veces acompañado de una gran excitación. Real Academia Española. (2001). Catatonía. En *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=catatonía> El enfermo se coloca de una determinada postura, muchas veces incómoda, y permanece sin moverse durante un tiempo extremadamente largo. Puede estar de pie o con un brazo en alto tantas horas que llegar a producirse úlceras de decúbito. No responde cuando se le pregunta ni tampoco habla espontáneamente. También encontramos otro tipo de catatonía que se caracteriza por los movimientos excesivos y descoordinados. Puede estar tan hiperactivo que se convierte en un peligro para él mismo y para los demás. (LICKY MARVIN, E. y GORDON, B., 1990)

Estos piensan que las ideas han sido depositadas en su mente a través de la comunicación telepática y que su pensamiento puede ser leído a través de ondas.

Debemos destacar también, el papel de las alucinaciones cenestésicas en el diagnóstico de dicha enfermedad. Esta tipología concreta se acoge dentro de la clasificación que da el DSM de esquizofrenia paranoide. El término fue acuñado por el psiquiatra Gerd Huber en 1957 para definir “extrañas sensaciones corporales cualitativamente anormales” que sufrían algunos pacientes. Y es que estos notan como una fuerza les toca, empuja e incluso agrede.

“Hace seis años, cuando salí de un bar, pasó por mi lado un hombre y me dijo ¿Qué hay? A los cuatro días de esto comencé a oír ruidos, eran ruidos que el hombre hacía para que yo no durmiera [...] Me dice que me tiene que matar a mí y a cuatro más de mi barrio. Quiere asfixiarme, me coge la respiración y no me deja respirar. Me ha quitado el andar. Me toca por dentro, en la cabeza, en los hombros... me toca el estómago para que no haga la digestión, me lo mueve hacia arriba [...]” (Gomez-Feria Prieto, s.f.)

Otro síntoma habitual es el aislamiento o retraimiento social, además de una conducta notablemente rara como recoger basura, hablar solo en público o acaparar comida. Además de sufrir deterioro de la higiene y del cuidado personal.

Destacamos dentro de este cuadro general el aspecto referente a la efectividad. El DSM la define como inapropiada, embotada o aplanada. Se considera que un paciente esquizofrénico se muestra indiferente ante la salud o malestar de sus familiares, son fríos e insensibles ante los demás. El médico, psiquiatra y neurólogo alemán, Ernst Kretschmer (1888 – 1964) señaló que la afectividad de los esquizofrénicos oscila entre la anestesia afectiva, la frialdad y la hiperestesia⁸.

“Muchas personas esquizofrénicas son como escuetas casas romanas, villas que han cerrado sus ventanas al esplendor del sol, pero en cuyo interior, amortiguado, triunfa la fiesta” (Gómez-Feria de Kretschmer, E. (s.f))

3.2. EL TRASTORNO BIPOLAR

⁸ La biología define la hiperestesia como la sensibilidad excesiva y dolorosa. Real Academia Española. (2001). Catatonia. En *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=hiperestesia>

Los trastornos del ánimo, son enfermedades comunes que pueden padecer el 7% de la población, normalmente adulta, en algún momento de su vida. Debido a esto, el diagnóstico de la bipolaridad a cargo de los profesionales, puede ser muy dificultoso. La bipolaridad no es una enfermedad asidua (como sí puede serlo la depresión común) y solo afecta al 1% de la población. Cifra similar a la de los enfermos esquizofrénicos.

La bipolaridad, término introducido por Karl Leonhard (1904 – 1988), está catalogada como una patología maníaco⁹ depresiva donde el enfermo experimenta cambios de ánimo de forma inusual y extremo. A veces se sienten muy felices y animados o por el contrario tristes y deprimidos. Es un baile que oscila entre la manía y la depresión. Es importante que el profesional encargado del diagnóstico esté altamente especializado en este tipo de pacientes. De modo que no confunda los altibajos anímicos que pueda tener una persona, en ciertos momentos de su vida, con un trastorno bipolar.

Al igual que la esquizofrenia, es una enfermedad que presenta distorsión en el pensamiento, la percepción y ataca directamente a la producción de las emociones. Esto desemboca en un deterioro cognitivo crónico que está estrechamente relacionado con el déficit de funcionalidad, afectando directamente al aprendizaje, la memoria verbal y por lo tanto, a la capacidad comunicativa: el lenguaje. (López Osornio, 2011)

A pesar de ello, este trastorno afectivo se distingue claramente de la esquizofrenia porque los pensamientos extraños se deben a la alteración en el estado de ánimo y no viceversa como vemos que ocurre en los pacientes esquizofrénicos. Además de que la mayoría gozan de largos periodos de estabilidad entre los episodios de manía y depresión donde pueden desempeñar su vida con total normalidad.

Atendiendo a la Organización Mundial de la Salud, el trastorno bipolar afecta de igual manera tanto a hombres como mujeres y se presenta de manera distintiva en adultos y adolescentes.

Estos últimos presentan un cuadro patológico más orientado a la depresión y al suicidio y menos rasgos psicóticos. Hoy día se sostiene que las depresiones juveniles suelen

⁹ Hay que tener cuidado con el uso del término maníaco. Este puede tener connotaciones distintas según cambiamos de país. En este caso nos referimos con *maníaco* a una manifestación característica del trastorno bipolar que se manifiesta a través del enfermo que se encuentra eufórico o hiperactivo. En los países anglosajones la expresión *maníaco* se usa para catalogar a agresores sexuales e incluso asesinos psicópatas. (Rojas-Marcos, 2004)

anteceder al trastorno bipolar en adultos, especialmente cuando se acompaña de irritabilidad, inestabilidad afectiva y rabia explosiva (Palacios Boix, 2006)

La edad tampoco supone ser un factor determinante pero la OMS sostiene que la edad de inicio suele ser antes de los 30 años teniendo incidencia en la adolescencia tardía. Se sabe que mientras más joven es el afectado mayor es el riesgo de episodios psicóticos y de predisposición genética.

¿Qué síntomas padece un enfermo maníaco-depresivo?

Al igual que señalábamos en la esquizofrenia, son diferentes los grados de afección encontrados en el trastorno bipolar. Los rasgos generales a cada una de las manifestaciones de esta patología, salvando las distancias, pueden ser similares a las del paciente esquizofrénico: deterioro del pensamiento o la cognición y un fuerte cambio en la conducta.

El paciente sufre un episodio maníaco cuando pasa por un periodo distintivo de ánimo eufórico o irritable que contiene tres o más de estos síntomas: grandiosidad, insomnio, locuacidad o habla acelerada, pensamientos en carrera, fuga de ideas, distracción acentuada, hiperactividad o comportamiento compulsivo (Palacios Boix, 2006).

La inquietud física del bipolar aumenta de manera considerable llegando a hacer grandes planes, buscarse más trabajos del que pueden hacer e incluso empezar proyectos que no van a poder terminar. Curiosamente esto también se puede trasladar a la esfera sexual teniendo un comportamiento desmesurado.

El bipolar en fase maníaca o hipomaníaca (de menos intensidad) tiene una gran confianza en sí mismo creyéndose demasiado importante y poderoso¹⁰. Son numerosos los casos de mujeres, diagnosticadas de este trastorno, que piensan tener una belleza extraordinaria y son sexualmente irresistibles e intentan influir en otros. Esto puede suponer un problema en el diagnóstico ya que las ideas de grandeza pueden desembocar en la producción de delirios, al igual que en la esquizofrenia.

¹⁰ Cuando la confianza en sí mismo no es demasiado grave puede ser incluso inspiradora. Nos parece curioso el ejemplo que nos plantea algunos autores: “Se sostiene que una fase maníaca pudo ser la causa de la capacidad magnetizadora de Hitler hacia las grandes masas. Tenía una gran opinión de sí mismo, hasta el punto de creer que era el alemán más importante de la historia. También se irritaba con frecuencia y esto lo usaba a modo de ataque hacia sus enemigos. El manual establece que la grandiosidad de Hitler llegaba a otras esferas y que creía, de forma errónea, que tenía un gran talento como pintor. También se encontraron episodios de depresión en este personaje, hasta tal punto que se quitó la vida junto a Eva Braun” (LICKY M.E., y GORDON B., 1990. p. 139).

En el caso de la manía los delirios son producidos por un cambio drástico en el estado de ánimo y únicamente se producen en estas fases de excitación. Por el contrario, el paciente esquizofrénico padece de ellos a pesar de estar tranquilo o bajo tratamiento farmacológico.

Otra de las diferencias es que el paciente maníaco responde siempre a estímulos externos y se distrae de sus pensamientos, todo lo contrario a lo que ocurre en la esquizofrenia, donde el enfermo está ensimismado en su mundo interior. A pesar de esto, la similitud entre ambos delirios seguramente haya llevado a que se diagnostiquen más esquizofrenias de las existentes.

Otros de los síntomas destacables es la innecesariedad de dormir. Las noches pueden traducirse en vueltas sin poder conciliar el sueño, lo que deriva en una inevitable frustración. Los enfermos en fase de manía pueden trabajar o divertirse de forma infatigable durante semanas sin sentir cansancio aparente¹¹.

Durante este episodio el enfermo quizás no se dé cuenta de que algunos de sus actos tengan consecuencias negativas: estar eufórico en motivo de duelo, participar de manera incontrolada en los juegos de azar, despilfarro de dinero, no aceptar una derrota...

Terminamos la fase maníaca con un último aspecto, la facilidad para distraerse. O lo que ya hemos expuesto con anterioridad: la respuesta a estímulos externos. El enfermo grave no puede mantener su atención sobre un tema concreto durante mucho tiempo. Los estímulos ambientales, el ruido e incluso el sonido de su propia voz pueden distraerlo. Olvida lo que iba a decir y empieza una nueva frase sin acabar la anterior. El paciente cree que controla su vida pero en realidad esta capacidad de distracción lo dificulta extraordinariamente.

Por otro lado, Palacios Boix (2006) afirma que el episodio de depresión presenta unos síntomas diferentes: falta de interés, minusvalía, ideas de muerte, incapacidad para concentrarse, fatiga e incapacidad de experimentar placer o satisfacción. Depresión entendida como “mayor” para no confundirla con las emociones depresivas normales que se dan también en otras patologías del DSM. Estos síntomas deben aparecer durante dos semanas seguidas para poder diagnosticar al paciente.

¹¹ Igualmente curioso nos parece el ejemplo planteado en el manual. Se sostiene que Ernest Hemingway, principal novelista y cuentista del siglo XX, durante uno de sus períodos de manía que duró 42 días solo durmió dos horas y media una noche (LICKY M.E. y GORDON B., 1990. p.140).

Este estado depresivo provoca en el enfermo mal humor del que él mismo es consciente. Él describe su estado emocional diciendo que está triste, melancólico o deprimido.

Al contrario de lo que decíamos en el estado de manía referente al sueño, en la depresión el paciente puede permanecer en la cama más de medio día. Esto hace que trabaje y se mueva más lento e incluso se puede agravar tanto hasta no moverse nada y encontrarse demasiado cansado. A estas causas contrarias a la euforia debemos señalar la disminución del deseo y el placer sexual.

La fase de depresión mayor puede agravarse tanto hasta producir también delirios, aunque es una minoría. El enfermo se siente inútil, se realiza un autorreproche constante y se siente excesivamente culpable por algo.

Los sujetos bipolares que han sido objeto de diversos estudios, se quejan de que en su estado deprimido tienen mucha dificultad para pensar o concentrarse, especialmente si desempeñan trabajos que requieran leer, escribir, escuchar o tomar decisiones.

Terminamos la sintomatología, quizás con uno de aspectos que más impresionan: el suicidio. Aproximadamente un 15% de personas que pasan por un estado depresivo fallecen por quitarse la vida. Esto no solo aparece en la bipolaridad, sino que también es un síntoma que se repite en la esquizofrenia. También espeluznante en los pacientes bipolares es tener pensamientos morbosos sobre la propia muerte.

4. EL LENGUAJE DE LOS ENFERMOS MENTALES

Abordamos la segunda materia en esta interdisciplinariedad que define a nuestro trabajo. Igualmente consideramos de vital importancia la presencia de la lingüística, además de la consideración con respecto a la comunicación y el lenguaje. Su incidencia en nuestro trabajo nos ayudará a indagar en los problemas que plantean estos enfermos en el lenguaje.

4.1 - EL LENGUAJE EN LA ESQUIZOFRENIA

Los trastornos de carácter psicótico suelen presentar diversas alteraciones en el lenguaje. Puede variar sustancialmente en función del grado en el que se encuentre en la enfermedad, cómo de dañado esté el cerebro e incluso por la zona que esté afectada. Estas deficiencias pueden cabalgar entre la aparición de neologismos, como en algunos

casos de paranoia, y la más profunda incoherencia discursiva como es en el caso de la esquizofrenia en estadios más avanzados.

El estudio del lenguaje en estos pacientes puede convertirse en algo fundamental. Podría suponer un elemento de diagnóstico adicional, además de establecer diferencias entre las distintas enfermedades. El trastorno del lenguaje puede ser un elemento básico en el estudio de los signos que caracterizan a las distintas patologías si se le puede vincular con el conjunto de causas que propician dicha enfermedad.

A pesar de que los autores defienden que es dificultoso llegar al consenso, parece admitido de forma general que los trastornos del lenguaje no solo son elementos de gran importancia para el estudio de los signos de las enfermedades psicóticas sino que en algunas de ellas suponen un signo que las particulariza como es el caso de la esquizofrenia.

El uso que el esquizofrénico hace del lenguaje es específico, particular y original. Se trata de una marca con denominación de origen. Ahora bien, no se llega a una afirmación unánime o consensuada como adelantábamos con anterioridad, porque el uso particular que hacen éstos del lenguaje y que veremos más adelante no está presente en el habla de todos los esquizofrénicos. Ni siquiera está presente en un mismo paciente. Se insiste en que esto es debido a un carácter transitorio y no estable, de las alteraciones esquizofrénicas del lenguaje que se incrementan en las fases más agudas del trastorno y desaparecen en las fases post-críticas. Además, añadimos a una serie de sujetos cuyas particularidades son constantes, perdurables en el tiempo e incorregibles con las terapias biológicas (Moya, J., 1998, p.5).

“La naturaleza anómala de las emisiones producidas por las personas esquizofrénicas continúa esquivando, al igual que el unicornio, a todos los que tratan de capturarla” (Hoffman [et al], 1982, p.208)

ELEMENTOS VERBALES.

Son numerosos los autores que han hablado acerca del lenguaje de los esquizofrénicos y por tanto la consulta de todo lo publicado resulta una tarea inabarcable. Psicólogos interesados en el lenguaje de estos pacientes, psiquiatras y lingüistas coinciden en decir que las carencias o los excesos discursivos son inminentes. No hay ninguna duda sobre que el discurso del esquizofrénico está deteriorado y que les es muy

complicado comunicarse de manera coherente. Aquí interviene la figura del receptor y su dificultad de entender el mensaje recibido. Esto se debe a que nos encontramos ante un lenguaje disgregado y con graves alteraciones semánticas.

Nos vamos a centrar en las teorías de Nancy C. Andreasen (1979), experta en el campo de la esquizofrenia. Ha realizado numerosas investigaciones con el fin de entender los mecanismos y mejorar el tratamiento de la enfermedad. Teorías desarrolladas a través de sus publicaciones más destacadas que sirven de base para el desarrollo de publicaciones posteriores en donde se establece la dicotomía entre lenguaje y esquizofrenia.

En la metodología de investigación que se lleva a cabo, el habla desorganizada, presente en la patología de estos pacientes, va de la mano o está íntimamente relacionada con las teorías que estudian *el trastorno formal del pensamiento*. También conocido como trastorno del razonamiento, caracterizado fundamentalmente por anomalías en el lenguaje.

En relación a esto, Andreasen defiende que no se puede establecer con certeza que un lenguaje usual refleje un pensamiento normal, ni que un lenguaje trastornado refleje un pensamiento confundido o aturdido.

Para demostrarlo, establece en 1979, la *Escala de trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación*; y es que la historia de estos trastornos del razonamiento, como indicábamos con anterioridad, está asociada a la historia de la descripción psiquiátrica de la esquizofrenia. Por tanto, en estas categorías, veremos reflejadas las características lingüísticas del enfermo esquizofrénico aunque también son extrapolables a otras enfermedades mentales y afectivas.

- **Afectación del habla.**

Pobreza en el habla: Alogia.

Esta primera categoría está relacionada con la pobreza del pensamiento. Se caracteriza por ser breve, concisa y compendiosa¹². Los monosílabos son habituales haciendo que

¹² Que reúne o engloba resumidamente muchas cosas. Real Academia Española. (2001). Compendiosa. En *Diccionario de la lengua española (22ª ed.)* Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=compendiosa>.

el tiempo de habla sea muy corto.

Pobreza del contenido del habla:

Como la anterior, relacionada con la pobreza del pensamiento. Se caracteriza por dar respuestas con una duración mayor a lo adecuado y proporcionar poca información. El lenguaje es vago, repetitivo y estereotipado, que se repite sin variación.

Presión en el habla:

Se caracteriza por ser apresurada, rápida y difícil de interrumpir. Las oraciones quedan incompletas por el ansia a decir una nueva idea. Esto se acrecienta en la fase de crisis.

Habla distraída:

Atendiendo al diagnóstico esquizofrénico, el paciente puede estar pasando por una alucinación o estar escuchando voces en su cabeza a la misma vez que mantiene una conversación. Indudablemente, esta se ve condicionada por detenerse en medio de una frase o idea y cambiar de tema en respuesta a esos estímulos.

Tangencialidad:

El paciente responde de forma oblicua, transversal o de manera irrelevante. Consiste en divagar a partir de un tema original de la conversación.

*“-¿Cuántos años tienes? –Tantos como las pirámides que se van desintegrando”
“-¿Y desde cuando existen las pirámides? –Ese es un tema discutible. Tal vez la idea es que la televisión ruge, y es a mediodía cuando más caliente el sol”.*

(Belloch A, 2011. p.40)

Descarrilamiento:

Consiste en la pérdida de asociaciones y fuga de ideas. Se basa en un patrón de habla espontánea en el que las ideas se escabullen unas de otras. Las frases se disponen de manera yuxtapuesta pero no hay conexión entre ellas.

“-Un paciente entra en mi consulta y, al ponerme de pie, me dice: -Usted se pone de pie para saludarme. –Claro, digo yo. -¿Es que usted no cree en la pleitesía? –Sí ¿Y tú? – Yo, según el tomate que tengo entre manos... el tomate peninsular es preferible al canario”

(Castilla del Pino, 1980)

Incoherencia:

Se caracteriza por un discurso que se vuelve incomprensible. En ocasiones se ignoran las reglas sintácticas y se unen palabras de forma arbitraria y al azar. Otras veces las perturbaciones son a nivel semántico. Se considera el grado más grave de alteración formal del pensamiento. Es imposible entenderlos y comunicarse con ellos.

-¿Qué piensa usted de la crisis? –Ellos están destruyendo castillos y aceite solo para hacer jabón. Si necesitamos jabón cuando tú puedes saltar a una piscina de agua y entonces cuando tú vas a comprar gasolina, pero la mejor cosa para obtener el aceite de motor y dinero...”

(Andreasen, 1975)

Ilogicidad:

Se caracteriza por ser un patrón de habla en el que las conclusiones alcanzadas no se siguen lógicamente.

“–Hoy es usted una manzana... le encuentro muy sano”

(Castilla del Pino, 1980)

Resonancias:

Consiste en que son los sonidos los que gobiernan la elección de las palabras.

“Cortar, saborear, traspasar, sobrepasar, pasar, pasear...”

(Castilla del Pino, 1980)

Bloqueo:

Interrupción del habla antes de completar una idea. Después de la pausa el paciente no recuerda qué iba a decir o de qué se estaba hablando.

Habla afectada:

Se caracteriza por el habla, llamada por Andreasen, pomposa. Es distante y excesivamente culta.

“– Queridos amigos: Sin embargo, y por otra parte, y por otra parte, y por otra parte.

Debemos eliminar las posiciones de Infalibilidad y Centralismo del Papa Católico Romano. Esto es necesario inmediatamente como inevitable y verdaderamente justo, cierto, correcto, etc. [...]” (Schulz, 1972. p.117)

Autorreferencia:

Esta última se basa en que el paciente lleva el tema hacia sí mismo.

“–¿Qué hora es? –Las siete, ese es mi problema. Nunca sé qué hora es”.
(Andreasen, 1975)

• **Afectación de palabras.**

Neologismos:

La claridad en el habla es confusa por la formación de palabras nuevas cuya derivación y significado no podemos entender. La nueva palabra se puede formar por dos vías: condensación y contaminación.

En la primera de ellas, se fusionan varios conceptos en uno solo resultando absurdo e incomprensible. Como ejemplo ponemos la siguiente oración: “–*Es que yo no puedo hosquear*”. Los médicos ante esta palabra desconocida, indagaron en su posible significado: “–*Es que da asco besar a una niña porque me parece que tiene hocico*”. En la palabra “*hosquear*” parece haber condensado vivencias personales complejas.

La contaminación consiste en la fusión de las sílabas de diferentes palabras en una sola. La palabra resultante es igual de incoherente que la anterior. “*Mi estomagacia me dicta el apetito de la fala, supo el rucestre de los ricos racos que nunca se ven*”.

Aproximaciones a palabras:

Se caracteriza por el uso no convencional de palabras o la creación de pseudopalabras¹³.

“*Formaricar: Fornicar homosexualmente*”
(Castilla del pino, 1980)

¹³ Palabras inventadas sin significado. La característica principal reside en que en apariencia, parecen palabras reales ya que se pueden pronunciar y presentan caracteres de uso habitual en la lengua. A pesar de ello carecen de un significado léxico. Pseudopalabras. (s.f). Recuperado el 20/abril/2015, de <http://definicion.de/pseudopalabras/>.

Circunstancialidad:

Se caracteriza por el discurso indirecto para alcanzar una idea. El hablante señala detalles tediosos o excesivos y hace uso de demasiados paréntesis. Dar vueltas sobre un tema sin llegar a ningún punto.

Pérdida de meta:

Está relacionada con la categoría anterior. Se basa en el fracaso del paciente en seguir la cadena de pensamiento hasta su conclusión.

Perseveración y ecolalia

Repetición persistente de palabras e ideas o la repetición en eco de palabras o frases del interlocutor. Es una característica típica de cuadros obsesivos.

“T: –Hola Luisa, me alegro de que hayas podido venir finalmente.

P: Me alegro que hayas podido venir finalmente, ente, ente, ente, ente...” (Belloch, A., Baños, R. M. y Perpiñá, C., 2011. p. 27).

Las categorías más relevantes, a la hora de llevar a cabo estudios prácticos u observacionales se resumen a nueve: pobreza en el habla, pobreza del contenido del habla, presión del habla, habla distraída, descarrilamiento, incoherencia, ilogicidad, pérdida de meta y bloqueo.

ELEMENTOS NO VERBALES.

Una vez concluido el apartado donde exponíamos las peculiaridades del lenguaje esquizofrénico, debemos atender a los elementos no verbales, que participan en la comunicación y el lenguaje y caracterizan a este tipo de pacientes.

Estudiaremos aspectos tales como la postura, gestos corporales, la expresión del rostro, las características de la voz, la respiración, etc. Características que derivan de los numerosos estudios observacionales.

Expresión facial:

Los enfermos esquizofrénicos, se caracterizan en su mayoría, por ser inexpresivos. Las expresiones de emociones negativas son muy frecuentes y el resto del tiempo son pacientes que no comunican nada.

Es característica la mirada perdida en el infinito, donde no mantienen ningún contacto visual con el interlocutor que tienen en frente, produciendo así una impresión negativa.

No tienen la capacidad de poder reforzar a otros en ningún momento y por consiguiente las gratificaciones hacia alguien son nulas. En ocasiones cuando emite un refuerzo está fuera de lugar.

No debemos olvidar en este apartado la sonrisa. En estos enfermos es siempre inadecuada. Son frecuentes las risas inmotivadas a causa de los delirios o voces que escuchan a la vez que el interlocutor les habla.

Postura corporal:

Se caracteriza por la rigidez, con posiciones que difícilmente podemos considerar como cómodas. Dan sensación de rechazo continuo hacia el interlocutor. En cuanto a la distancia y al contacto físico, se caracterizan por ser muy extremistas: rozan lo invasivo ocupando el espacio vital del interlocutor, situándose a una distancia extremadamente próxima, íntima y muy desagradable; o por el contrario se sitúan en la lejanía caracterizada por un distanciamiento total.

Gestos:

Estos son inexistentes. Las manos habitualmente permanecen inmóviles. Esto es reflejo de su apatía hacia el interlocutor. En la mayoría de ocasiones la gesticulación es provocada por las voces que oyen en su cabeza.

Apariencia:

La apariencia personal en numerosas ocasiones es muy desagradable y sin ningún atractivo. Alcanzan un cierto grado de desaliño y carencia de autocuidados básicos.

ELEMENTOS PARALINGÜÍSTICOS.

Basándonos en lo dispuesto en el artículo de Barcelona y Salavera seguimos desarrollando el último de los aspectos que caracteriza a los enfermos de esquizofrenia. Ponemos punto y final a esta cuestión exponiendo los diferentes elementos paralingüísticos. Con ello nos referimos al volumen, la fluidez y la velocidad.

Volumen y timbre:

El paciente esquizofrénico se caracteriza por no usar el volumen adecuado a la hora de emitir un discurso. Este usa un tono de voz mínimo que en ocasiones casi ni se le oye. Además de que desciende el tono a medida que el discurso se alarga.

El timbre de voz se caracteriza por ser muy agudo o muy grave y la entonación, en la mayoría de los casos, es plana, monótona y aburrida.

Fluidez:

La conversación no es fluida ni tampoco hay una continuidad del discurso. Como hemos visto en los elementos verbales, las pausas son constantes. Nos encontramos ante un paciente caracterizado por la pobreza en el lenguaje haciendo que el tiempo de habla sea muy incómodo. Elementos ya definidos en el apartado anterior.

Velocidad:

Dentro de ella, encontramos dos posibilidades que dependen del deterioro cognitivo: por una parte hay pacientes que hablan extremadamente despacio y otros, sin embargo, que hablan muy deprisa y es muy dificultoso el poder entenderles. Asunto también presente en la categoría *presión del habla* del apartado anterior.

4.4 Algunas consideraciones sobre el sonido y la grafía de las palabras.

El enfermo esquizofrénico, en algunas ocasiones se ve incapaz de captar el significado global de lo que leen u oyen. Prestan demasiada atención al sonido de las palabras o a su aspecto escrito sobre el papel.

Parecen que son extremadamente sensibles ante la posible polisemia de las palabras y son propensos a hacer juegos de palabras.

–Define la palabra contento:

“¿Contento? Este pues... contento, pues la palabra contento, tal vez tener un libro, tal vez que uno tiene un tema, tal vez que tiene un capítulo para leer, pero cuando uno llega a la palabra “ten”, se pregunta si debería tener contento con los hombres de su vida, y entonces uno llega a la letra T y se pregunta si debería estar contento de tomar té solo o estar contento de tomarlo en grupo, etc.”

(Sass, 2014. p.222)

4.2 - EL LENGUAJE EN LA BIPOLARIDAD.

Es muy dificultoso encontrar aspectos relacionados con el lenguaje en los enfermos bipolares. Esto se debe a que no tienen un trastorno a nivel lingüístico tan peculiar como sí lo presenta un enfermo esquizofrénico. Quizás sea un tema que no suscite demasiado interés en la comunidad investigadora y por tanto, es escasa la información que obtenemos sobre ello.

Lo que sí supone un tema preocupante es el deterioro cognitivo que sufren estos pacientes, ya que está íntimamente relacionado con la funcionalidad de la persona afectada disminuyendo su calidad de vida. Entendemos por deterioro cognitivo la “pérdida de capacidad en las funciones primarias de la mente como la atención y la memoria, el razonamiento y la planificación, la flexibilidad mental, la psicomotricidad y por supuesto la incidencia en la fluidez verbal y el lenguaje” (García Laredo, 2008. par. 1).

Este daño puede estar ocasionado por la misma enfermedad o por los fármacos suministrados ya que se ha descubierto que el litio incide directamente en la cognición afectando a la concentración y la memoria, las áreas más afectadas.

Este déficit se diferencia totalmente del que hemos visto en los enfermos de esquizofrenia. En la bipolaridad aparece justo cuando la enfermedad irrumpe en el ser y no antes.

Este deterioro cognitivo en muchas ocasiones es irreversible. Se acentúa en períodos de manía o depresión y remite de manera considerable en fases de eutimia (estabilidad). En algunos casos se vuelve persistente demostrando así que la recuperación del paciente entre las fases de manía y depresión no es completa.

En relación a la idea anterior, se han realizado pruebas de capacidad de razonamiento y planificación a personas sanas y se han comparado los resultados con pacientes en fase de estabilidad. Se ha evidenciado que estas prácticas son menos efectivas en este último grupo y que en fases de manía se caracterizan por la rigidez e inflexibilidad del pensamiento.

Si nos centramos en el lenguaje, los estudios apuntan a que el trastorno más severo está vinculado más a la presencia de episodios psicóticos que afectivos. Esto está íntimamente relacionado con una idea que añadíamos con anterioridad y es que los

enfermos bipolares que presentan episodios psicóticos en muchas ocasiones son diagnosticados como esquizofrénicos. Por tanto, el lenguaje de los pacientes bipolares como tal, no presenta unas diferencias extremas con respecto al lenguaje de una persona sana, de ahí a que siga siendo una asignatura pendiente.

Si atendemos a lo dispuesto en el DSM y a las investigaciones de algunos autores (Lickey y Gordon, 1990), podemos extraer algunas consideraciones generales con respecto al lenguaje en los enfermos bipolares en ambas fases de crisis.

En la fase maníaca el paciente presenta un lenguaje corporal hiperactivo. No puede estar quieto y se mueve constantemente aun estando sentado. También acostumbra a andar y marchar a paso muy rápido. Esto se traduce en un habla muy apresurada. El paciente bipolar en fase de manía habla mucho, demasiado fuerte y muy rápido. Esto puede llegar a tal punto de intensidad e insistencia que al receptor le resulta imposible incidir en la conversación e incluso puede llegar a hablar tan rápido que resulta imposible entenderlo. Este aspecto es tan característico del trastorno bipolar que incluso se le ha dado un nombre específico: *premura para hablar*.

Ya adelantábamos con anterioridad algunos aspectos que incidían directamente sobre el pensamiento. Es característico de estos pacientes maníacos un juicio acelerado que también se traduce en el lenguaje oral a la hora de expresar sus ideas. Estas surgen a tropel, no pudiendo completar una sin que la otra interfiera. Esto se conoce como fuga de ideas y cuando es demasiado intensa puede llegar a incapacitarlo, volverlo inútil y desorganizado. En cambio, cuando la fuga de ideas no es demasiado intensa puede ser productiva con respecto a los hábitos laborales ya que le surgen ideas de forma rápida y fácil.

Cualquier estímulo externo irrelevante le llama mucho la atención y por lo tanto se distrae muy fácilmente. Le resulta imposible mantener la atención durante un tema determinado durante mucho tiempo e incluso su propia voz lo distrae. Ante la distracción olvida lo que iba a decir y no logra completar una frase sin antes iniciar la siguiente, lo que se traduce en el déficit en la comunicación y el lenguaje. En relación a esta idea adaptamos uno de los casos prácticos que aparecen en el manual y que sirva como ejemplo para ilustrar su capacidad de distracción que lo dificulta gravemente:

“Peter me hablaba sobre la forma en que se puede castigar a la junta de la escuela por haber contratado a un cuarto ayudante para el director.

Al oír el ladrido de un perro, cambia de conversación para referirse al tema del control de los animales. Antes de terminar con sus quejas, el sonido de su propia voz al decir perro (dog) le lleva a empezar un nuevo discurso sobre las exportaciones de troncos (log)”. (Lickey y Gordon, 1990. p. 140)

En cuanto a la fase de depresión, recogida también en el DSM, vemos otra tipología de síntomas que tienen su incidencia en el lenguaje.

En el paciente en fase depresiva encontramos dos tipos:

En la *depresión por agitación*, tanto la mente como la conducta sufren un estado de nerviosismo que se materializa en hiperactividad en el momento de hablar, en su comportamiento y las respuestas emocionales. Aspectos todos que inciden a la hora de comunicar. Es una fase donde se queja y preocupa excesivamente, muestra actitudes de ansiedad, antagonismo o pesimismo. El lenguaje corporal también es significativo y se caracteriza porque pasean constantemente sin poder estar quietos. También un signo característico es el retorcimiento de manos y los tirones de pelo mientras se lamentan desesperadamente.

Por otro lado y con características totalmente contrarias, encontramos la *depresión por retardo*. En este caso los pensamientos, el movimiento y por consiguiente el habla es más lento de lo normal. Es habitual que el enfermo hable en monosílabos y en los casos más graves se vuelva completamente mudo. Debido al estado depresivo, son abundantes los calificativos negativos que aluden a conceptos tristes o deprimidos.

En definitiva es evidente, como ya decíamos en párrafos anteriores, que a medida que vamos estudiando el lenguaje en los enfermos bipolares, este no suscita tanto interés o expectación como el trastorno del lenguaje en los esquizofrénicos. De ahí la escasa información.

Concluimos entonces diciendo que en muchos de los casos, estos pacientes, tienen fallos en la comunicación que se catalogan como normales pero son más frecuentes y marcados. Como ejemplo de ello ponemos la repetición de palabras o conceptos lo que

deriva a una problemática en la fluidez verbal. Además, debido a que su atención y concentración están alteradas, la codificación de la información se les complica.

Parece que todos estos síntomas se articulan a través de una cadena, donde van derivando de unos a otros. Cerramos este apartado poniendo punto y final al déficit cognitivo, aspecto con el que iniciábamos nuestro estudio sobre el lenguaje. En definitiva, este se traduce en una carencia capacitiva a la hora de recibir información, expresar las ideas y adaptarse a las situaciones del acto comunicativo.

5. LA NECESIDAD DE EXPRESARSE. COMUNICACIÓN Y LENGUAJE A TRAVÉS DE LAS MANIFESTACIONES ARTÍSTICAS DE UN ENFERMO MENTAL.

Consideramos indispensable en el transcurso de la interdisciplinariedad de nuestra investigación, tratar las “manifestaciones artísticas” producidas por los enfermos mentales considerándolas como un modo más de comunicar.

Tratamos el lenguaje como la capacidad de expresarse que tiene el ser, el estilo, el modo de hablar, escribir o comportarse. Entendemos el arte como la manifestación a través de la cual exteriorizamos nuestras visiones, pensamientos o sentimientos. Las manifestaciones artísticas como forma de comunicación y lenguaje.

Para poder llevar a cabo este mero estudio superficial, nos vamos a servir de las producciones de enfermos mentales recopiladas por algunos autores destacados (Navratil, 1972; Prinzhorn, 2012¹⁴).

Nos posicionamos de manera reticente a catalogar estas producciones de enfermos mentales como “obras artísticas”. Esto se debe a que nos encontramos ante creaciones sorprendentes y compulsivas propias de una necesidad irrefrenable producida por los delirios, la manía o la depresión.

Por esta razón el término de “manifestación artística” ha aparecido entrecomillado y preferimos permutarlo por *lenguaje visual* o por *producciones de enfermos mentales*. Ya que estas son producidas por la sintomatología que acompaña a la enfermedad y no porque el paciente posea vocación artística.

¹⁴ Original en Alemán: Prinzhorn, H. (1923), *Bildnerei der Geisteskranken*. Springer-Verlag, New York.

Independientemente de que conforme una obra de arte o no, lo que no cabe duda es que este lenguaje pictórico exterioriza el subconsciente de una mente perturbada y puede suponer un puente para el entendimiento entre el enfermo mental y el receptor.

Nos vamos a centrar en las producciones de personas que sufren una enfermedad mental diagnosticada y de la cual no cabe ninguna duda. Son creaciones espontáneas surgidas por voluntad propia y sin que haya exigencias médicas de por medio (como actualmente ocurre con el arte-terapia). De igual forma añadimos que son pacientes que no poseen ninguna formación artística, en dibujo o pintura, y por tanto hasta las expresiones más sorprendentes son fruto de personas inexpertas.

Aclaremos pues que no todos los enfermos mentales tienen dotes para el dibujo o la pintura, al igual que no todos presentan un lenguaje verbal desorganizado.

A estas alturas nos es familiar la singularidad que supone la sintomatología de la esquizofrenia frente a otras enfermedades mentales. A medida que vamos ahondando en la bibliografía nos damos cuenta de que hay multitud de estudios y vertientes muy diferentes que giran alrededor de ésta debido al impacto que provocan estos pacientes al entender humano.

La conmoción con respecto a este lenguaje visual no iba a ser menos a la producida por el trastorno del lenguaje que ya exponíamos en apartados posteriores. La mayoría de las obras recopiladas pertenecen en un 75 por ciento a enfermos diagnosticados de esquizofrenia; frente al 7 u 8 por ciento que corresponden a enfermos maníaco-depresivos.

Los garabatos son comunes. Un entramado en donde no hay nada claro y está sumamente emborronado. Estos se producen en cualquier soporte que encuentren: revistas, paredes, papel higiénico... También encontramos imágenes en donde se dilucidan algunas líneas o partes en la composición, letras sueltas, sílabas... fruto de forzar mucho la vista.

Es entonces cuando nos damos cuenta de que la imagen mental de estos pacientes y los símbolos resultantes, no pueden ser sometidos a un proceso racional porque es fruto de experiencias interiores personales no habituales, procesos psíquicos complejos u

anomalías fisiológicas. Por todo esto, se complicaría de nuevo –como pasaba con el lenguaje verbal– el proceso comunicativo entre emisor y receptor.

Por el deterioro mental y cognitivo que sufren estos pacientes, es razonable aceptar este lenguaje visual como una vía de escape o evasión a los malos pensamientos constantes y devastadores. Por tanto incidimos en la idea de que nos encontramos ante sujetos que no operan en función de la vocación artística sino por necesidad psicológica.

Estos gestos pueden aparecer de manera automática, instintiva o voluntaria. También pueden aparecer de manera impulsiva por la necesidad de expresar las inquietudes psíquicas del momento. Como una forma de desahogo o descarga mental.

Es entonces cuando nos cuestionamos sobre cómo debemos interpretar la imagen. Es verdad que el subconsciente humano tiende a catalogar, clasificar o analizar la información recibida. Somete a esta a un filtro para poder encauzar unas características generales de lo que siente o perciben.

Cuando vamos a analizar el lenguaje pictórico, lo primero que percibimos en un conjunto de formas que definen su aspecto. Enseguida el ojo humano tiende a buscar una configuración lógica: cómo están dispuestas las partes, qué objetos identificamos, contornos, líneas... Digamos que se despliega todo un abanico de posibles interpretaciones.

Pero, ¿Podemos someter las producciones de enfermos mentales a patrones racionales¹⁵? En realidad nos resulta casi imposible saber qué quieren decir esos trazos porque están íntimamente ligados al componente emocional; y más tratándose de personas que sufren de un trastorno que incide directamente sobre el pensamiento, las emociones y la conducta.

A esta idea añadimos que las tendencias configurativas de cada enfermo pueden variar porque su visión de la realidad también es distinta. Consideramos por tanto, que desde nuestra perspectiva no podemos encontrarle sentido a lo observado a pesar de mirar el soporte visual sin ningún prejuicio. Tampoco podemos dilucidar qué nos quiere decir el paciente a través de los trazos y por

¹⁵ Con esto nos referimos a preguntas como ¿Qué quiere expresar?, ¿Qué significado tiene la imagen?, ¿A qué se refieren determinados símbolos?, etc.

ende no podemos establecer una metodología compositiva desde el punto de vista artístico (como sí lo hace el surrealismo, por ejemplo).

Debido a este aura de misterio es cuando nos preguntamos ¿Desde qué perspectiva debemos analizar esta tipología de manifestaciones, este modo indescifrable de comunicar?

Para ello nos lucramos de los estudios e investigaciones desde una perspectiva psicológica. Todo lo que nos pueda aportar información acerca del subconsciente de estos enfermos y los aspectos que tienen que ver, por supuesto, con la comunicación y el lenguaje.

Hay enfermos que llenan páginas y páginas de forma tediosa y mecánica con patrones regulares. Desde la psicología se han interpretado estas tramas como un ejemplo intencionado de comunicar una y otra vez imágenes recordadas difíciles de superar por el paciente.

Del mismo modo hay otras que son realizadas con un trazo más objetivo. Esto es debido a que la representación de los enfermos mentales varía en función del grado de afección en el que se encuentre la enfermedad –igual que exponíamos con el lenguaje–.

Igualmente disponemos de algunos ejemplos en donde no entendemos el impulso que ha motivado al paciente a realizarlo, pero sí está presente el deseo de dibujar y la tendencia al orden; y por si fuera poco tenemos testigo de otros que son la viva imagen de escenas macabras y pesadillas provocadas por los delirios.

Si fuésemos capaces de atrevernos a sacar al menos una característica común a las producciones de los enfermos mentales esta sin duda sería nuestra imposibilidad ante el descifre del contenido de este lenguaje tan peculiar. Si nos es complicado entender el lenguaje verbal de algunos pacientes, más difícil es descifrar un soporte que está sujeto a múltiples interpretaciones y es fruto de procesos psíquicos complejos y anómalos.

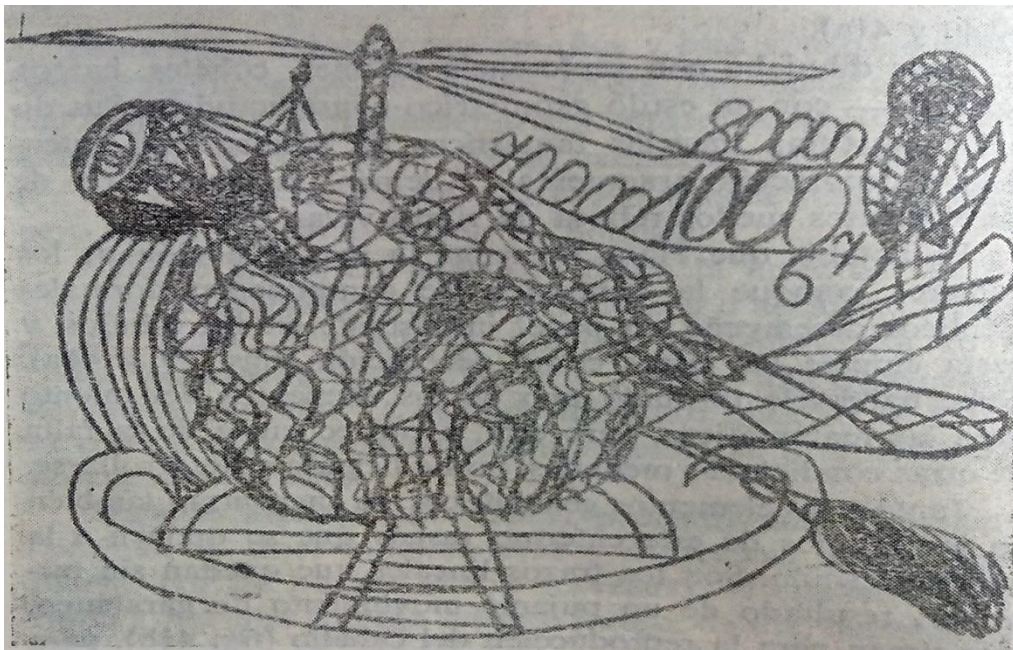
Concluimos nuestra aportación añadiendo que las producciones de personas alienadas han motivado los trazos de artistas reconocidos a nivel mundial como Salvador Dalí o René Magritte que buscaban la inspiración a través del subconsciente. Se dieron cuenta de que las imágenes producidas por los enfermos mentales eran muy

originales e impactantes. Las asemejaban a las que ellos mismos buscaban a través de los sueños o el consumo de estupefacientes.

El interés por estas producciones mentales ha desembocado a que se produjeran movimientos artísticos singulares como el *Art Brut* definido como “arte alejado de la academia, producido por seres artísticamente inocentes no contaminados por las influencias del mundillo pictórico” (Rodríguez, E. J., 2011)



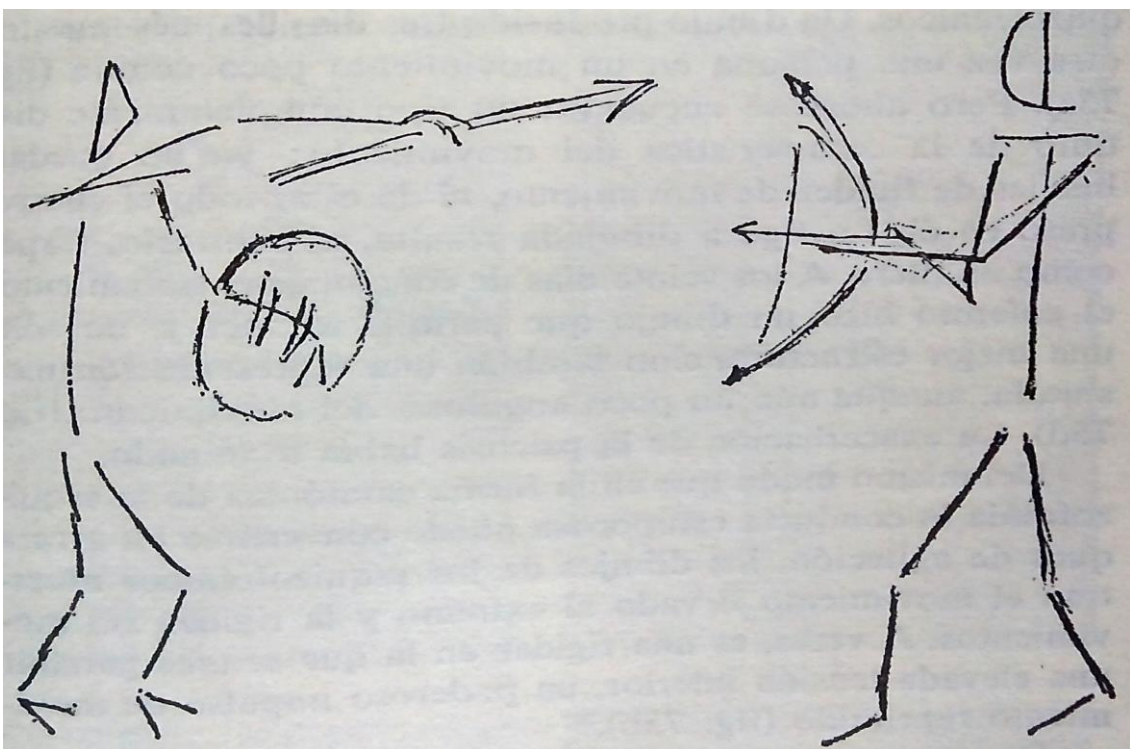
Carta en espiral. Navratil, L. (1972).



Dibujo de un esquizofrénico. Navratil, L. (1972).



Dibujos de un esquizofrénico. El de la izquierda realizado durante una crisis psicótica. El de la derecha durante el tratamiento. Navratil, L. (1972).



Dibujo de un esquizofrénico. Navratil, L. (1972).

6. CASO PRÁCTICO

A continuación vamos a exponer el caso de un enfermo diagnosticado de esquizofrenia paranoide. A través del análisis de algunas de sus notas desarrollaremos los aspectos más característicos que definen al lenguaje del paciente.

De este modo pretendemos aplicar y afianzar el conocimiento expuesto en líneas anteriores. Nos serviremos para esta práctica de algunos fragmentos del caso completo recogido en Schulz, 1972, capítulo V.

“Dr...

Hay un muchacho que juega en el patio y en el césped que utiliza una pistola y un arco y flechas. Buen muchacho. Presuntuoso. Un jugador irresponsable con el balón y un líder en los juegos del arco y las flechas y hablando con los adultos. También insolente con una pistola. Promedio de inteligencia. Ahora contemplo una bella escena. No necesita una zurra, sino una seria, yo diría severa charla para que sea serio con la difícil causa que tiene por delante, y decente...

El muchacho rubio pequeño del que hablaba antes está pensando –egoísta, pero también un tipo distinto.

Bueno muchachos –Por favor, escuchad–(al menos sé que estáis haciendo algo) espero.

En estas circunstancias no hablaría Dr. Schultz”

Hay un muchacho que juega en el patio y en el césped que utiliza una pistola y un arco y flechas.

Hay indicios claros de que el paciente está pasando por un episodio delirante. Es acertado suponer que la presencia de un individuo armado en una clínica es prácticamente imposible.

A pesar de que en la frase no hay errores gramaticales que llamen especialmente la atención, podemos deducir que hay una cierta presión en el habla. Esto se traduce en el uso de la conjunción copulativa –y, añadiendo ideas cortas y apresuradas.

El uso de palabras relacionadas con las armas es más que evidente. Quizás esto sea fruto de la tipología de delirios que sufre el paciente o de la personalidad que adquiere mientras lo padece.

Buen muchacho. Presuntuoso. Un jugador irresponsable con el balón y un líder en los juegos del arco y las flechas y hablando con los adultos.

Buen muchacho. Presuntuoso.

Podemos ver como a través del lenguaje el paciente comunica en cierto modo su simpatía hacia este sujeto. Es determinante el uso del adjetivo “presuntuoso” usándolo en cierto modo de forma identificativa. Entendemos la presunción como una persona

presumida y orgullosa de ello. Recordemos que una de las características de este paciente son los delirios de grandeza.

Un jugador irresponsable con el balón y un líder en los juegos del arco y las flechas [...].

Podemos ver que en esta frase no tiene relación con lo anterior. Sí hay un hilo conductor ya que el discurso está centrado en hablar de este muchacho, pero las ideas ciertamente no tienen conexión. Esto se identifica con las características de descarrilamiento e incoherencia. Parece que se centra en los juegos y define al sujeto como líder. Vuelve a añadir las armas como una idea recurrente que le perturba.

[...] y hablando con los adultos.

En esta afirmación podemos ver una evidencia de cómo el enfermo cree ser un niño¹⁶. El cual se siente atraído por otro (imaginado) que en cierto modo se atreve a hablar con un adulto.

También insolente con una pistola. Promedio de inteligencia. Ahora contemplo una bella escena.

Sigue con la repetición de ideas, incide en la pistola y continúa añadiendo adjetivos que indican orgullo y soberbia –atendiendo al caso completo en Schulz, 1972 parece que el paciente alaba estas características porque en realidad su personalidad también es así.

Esta última idea se relaciona con la característica de perseveración donde hay una repetición constante de palabras, característica típica de los cuadros obsesivos (pistola, arco y flechas).

Las dos últimas frases son ejemplo de habla distraída, pérdida de asociaciones y fuga de ideas basadas en un patrón de habla espontáneo.

No necesita una zurra, sino una seria, yo diría severa charla para que sea serio con la difícil causa que tiene por delante, y decente...

En palabras como seria, severo y serio vemos que está presente la característica de *resonancia* donde son los sonidos los que gobiernan la elección de las palabras.

Se vuelven a repetir las características anteriores de *circunstancialidad* usando un discurso indirecto y tedioso para alcanzar la idea sin llegar a ningún punto. También se cumple el aspecto de habla afectada siendo un discurso distante a pesar de dirigirse directamente a la doctora.

Con la afirmación “y decente...” vemos que hay un bloqueo al interrumpir el acto de habla antes de completar una idea. Evidentemente después de la pausa el paciente no recuerda qué iba a decir o de qué estaba hablando e inicia otra totalmente distinta:

¹⁶ Cuando llegó al hospital creía ser un niño que formaba parte de un grupo de talento superior que iban a ser estudiados por un psicólogo.

El muchacho rubio pequeño del que hablaba antes está pensando –egoísta, pero también un tipo distinto.

Hay una clara pérdida de meta y circunstancialidad donde el paciente da vueltas sobre un mismo tema sin llegar a ningún punto.

Debido al habla distraída parece que hay un intento por retomar de nuevo un tema que en realidad nunca abandonó pero él no es consciente de ello.

Bueno muchachos –Por favor, escuchad–(al menos sé que estáis haciendo algo) espero.

En estas circunstancias no hablaría Dr. Schultz”

En esta última frase el destinatario ya no es la doctora a la que escribía el mensaje. Ahora le habla a unos muchachos. Esto quizás puede derivar de la imagen recurrente de aquel “muchacho” del que habla en el mensaje repitiéndose de nuevo la característica de la *perseveración*.

De nuevo se intuye la *pérdida de meta* ante el fracaso del paciente en seguir la cadena de pensamiento hasta su conclusión que tampoco le encontramos el sentido.

CONCLUSIONES

A través de *Lenguaje y trastornos de la personalidad* hemos podido conocer en términos generales dos patologías que destacan por el impacto que provocan al entender humano, tanto por los síntomas como por el lenguaje que las acompaña. Al finalizar nuestra investigación vamos a plantear las conclusiones que derivan de ella:

- 1) Son muchos los que se han encargado a lo largo de la diacronía de investigar de una forma u otra las enfermedades mentales que afectan al ser humano. Hay múltiples respuestas con perspectivas muy distintas. El campo de las enfermedades mentales no solo se nutre de la medicina, la psicología o la psiquiatría sino que debe atender a un estudio multidisciplinar. Hemos podido comprobar como el lenguaje puede convertirse en uno de los factores que definen a estos enfermos.
- 2) Que aún hoy día tanto la esquizofrenia como la bipolaridad están rodeadas de un halo de misterio es una realidad. A pesar de que se diluciden las causas por las que se origina la enfermedad no está del todo claro. Visto desde nuestra perspectiva creemos que la causa fundamental que provoca la

aparición de la patología es la predisposición genética del sujeto cuyo proceso se puede acelerar a causa de los factores ambientales (malas noticias, pérdida de un familiar, suceso traumático, malnutrición, etc.).

- 3) El estudio del lenguaje es un factor que puede ayudar al diagnóstico de estas enfermedades y en ocasiones puede convertirse en algo fundamental. Al fin y al cabo es a través del lenguaje (verbal o no verbal) la forma que tienen de comunicarse estos enfermos y podría suponer un elemento de diagnóstico adicional.
- 4) No todos los pacientes presentan un trastorno del lenguaje en el que se cumplen cada una de las características desarrolladas en el ensayo. Varía en función del grado de incidencia de la enfermedad y del deterioro cognitivo.
- 5) El lenguaje se produce en función del pensamiento. Si nos encontramos ante pacientes con trastornos mentales esto se va a traducir en la producción de un lenguaje anómalo (no siempre). Lo mismo pasa con el lenguaje pictórico que en ocasiones pueden presentar y es sin duda de lo más enigmático. Es una forma más de manifestación de la enfermedad y a través de estas producciones podemos ver el progreso de la patología.
- 6) Las alteraciones del lenguaje se incrementan en las fases más agudas del trastorno. En el caso de los esquizofrénicos hay un mayor déficit en el lenguaje cuando el paciente está pasando por un período crítico. Si la medicación surte efecto y lo aleja de los delirios y las alucinaciones que lo atormentan posiblemente presenten un lenguaje con ciertas anomalías pero sin llegar a tal desorganización.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, E. H. (1993). *Breve historia de la psiquiatría*. Valencia: Seminari d'estudis sobre la ciència.
- Alby, J. C. (2004). *La concepción antropológica de la medicina hipocrática*. Enfoques. Vol. 16. Nº 1. pp. 5-29. [Último acceso: 6/Junio/2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25900102>
- Andreasen, N. C., (1985.) *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. Editado por William Morrow Paperbacks.

- Andreasen, N. C., (2004). *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. Editado por Oxford University Press.
- Andreasen, N. C., (2005). *The Creating Brain: The Neuroscience of Genius*. Editado por Dana Press.
- Barroso Ribal, J. (2005). *Trastornos del lenguaje y la memoria*. Barcelona: UOC
- Belinchón Carmona, M. (1988), *Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística*. Revista Estudios de Psicología. Nº 33-34, pp. 105-144. [Último acceso: 2/Febrero/2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66009>
- Belloch, A., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2011). *Psicopatología: cuaderno de prácticas*. Universidad de Valencia. [Último acceso: 27/Abril/2015]. Disponible en: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract36.pdf>
- Caplan, D. (1992). *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Madrid: Visor.
- Dupont Villanueva, M. A. (2006). *Trastorno bipolar*. México: Alfil, S. A. [Último acceso: 11/Mayo/2015]. Disponible en: <http://0-site.ebrary.com.diana.uca.es/lib/bibucascb/detail.action?docID=10625707>
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1999). *Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad*. En Análisis y Modificación de la conducta (pp.586-614). Facultad de Psicología: Universidad del País Vasco. [Último acceso: 5/Marzo/2015]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-avances.pdf>
- Elstein, L. (s.f). *Bleuler: un pionero*. Intercanvis, revista digital de psicoanálisis. Nº7, pp. 61-64. [Último acceso: 15/febrero/2015]. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/07/art_n07_05R.html
- García Laredo, E. (2008). *Neurocognición en el trastorno bipolar*. [Último acceso: 15/Abril/2015], de Revista de la Salud Mental. Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/neurocognicion-trastorno-bipolar-may08.html>
- Gómez-Feria Prieto, I. (s.f). *Afectividad embotada*. En glosario de psiquiatría. [Último acceso: 2/mayo/2015]. Recuperado de: <http://psychiatry.es/b/79-aa-aj/174-afectividad-embotada.html>
- Gómez-Feria Prieto, I. (s.f). *Alucinaciones cenestésicas*. En *Glosario de psiquiatría*. [Último acceso: 2/mayo/2015]. Recuperado de:

<http://psychiatry.es/a/ak-at-seccionesglosario-21/652-alucinaciones-cenestsicas.html>.

- Huarte de San Juan, J. (1603). *Examen de ingenios para las ciencias*. [Último acceso: 20/Mayo/2015]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=QoIPAAAAQAAJ&pg=PA222&dq=Examen+de+ingenios+para+las+ciencias&hl=es&sa=X&ei=y7VWT8O_OoaW0QWq-Pn3CQ#v=onepage&q&f=false
- Insúa, P., Grijalvo, J. y Huici, P. (2001), *Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. vol.21, N° 78, pp. 27-50. [Último acceso: 8/Enero/2015]. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15755>
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). *Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia*. Revista chilena de neuropsiquiatría. vol.42, N°3, pp. 163-175. [Último acceso: 10/mayo/2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000300002&script=sci_arttext
- Jarne Esparcia, A., Talarín Caparrós, A., Armayones Ruiz, M., Horta i Faja, E. y Requena Varón, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC
- Lickey, M. E. y Gordon, B. (1990). *Medicamentos para las enfermedades mentales. Una revolución en psiquiatría*. Barcelona: Labor, S. A.
- López Osornio, C. (2011). *Trastorno Bipolar y Deterioro Cognitivo*. Universidad Nacional de la Plata: Facultad de Ciencias Médicas. [Último acceso: 30/abril/2015]. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/79.pdf>
- Martínez-Arán, A. *Deterioro cognitivo y trastorno bipolar*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero al 15 de Marzo de 2000. [Último acceso: 23/mayo/2015]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa31/conferencias/31_ci_a.htm
- Migallón, I. (2011). *Psicopatología del pensamiento I: los trastornos del pensamiento*. [Último acceso: 27/abril/2015], de PSICODE. Disponible en: <http://www.psicode.com/resumenes/8psicopato.pdf>

- Mondéjar, J. (1984). *El pensamiento lingüístico del doctor Juan Huarte de San Juan*. Revista de filología española. Vol. 64. Nº 1/2. pp. 71-128. [Último acceso: 30/mayo/2015]. Disponible en: <http://revistadefilologiaespañola.revistas.csic.es/index.php/rfe/article/viewArticle/507>
- Moya, J. (1998). *Psicosis única y trastornos del lenguaje*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. vol.18, Nº66, pp. 219-234. [Último acceso: 8/enero/2015]. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15586>
- Navratil, L. (1972). *Esquizofrenia y arte*. Barcelona: Seix Barral, S. A.
- Obiols, J. E. (1990). *Aspectos biológicos de la esquizofrenia*. Quaderns de psicología. International journal of psychology. vol. 10. pp. 11-56
- Palacios Boix, A. A. (2006). *Trastorno bipolar. Un enfoque médico*. En M. A. Dupont Villanueva. *Trastorno bipolar*. (pp. 253-272) México: Alfil, S. A.
- Pérez Gómez, A. (2012), *Pensamiento y lenguaje en la esquizofrenia: revisión de un problema complejo y confuso*. Revista Colombiana de Psicología. vol.21, pp. 83-93. [Último acceso: 15/enero/2015]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/35642>
- Pichot, P., López-Ibor Aliño, J. J., Valdés Miyar, M. y American Psychiatric Association. (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, D. L.
- Prinzhorn, H. (2012). *Expresiones de la locura: el arte de los enfermos mentales*. Cátedra.
- Psicopatología del pensamiento y trastornos formales del pensamiento. (s.f). Recuperado el 22/abril/2015, de <http://www.psicologia-online.com/pir/psicopatologia-del-pensamiento-y-trastornos-formales-del-pensamiento.html>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es/>
- Río Dieguez, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental*. Universidad Complutense de Madrid: Facultad de Bellas Artes. [Último acceso: 21/mayo/2015]. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t29445.pdf>

- Rodríguez, E. J. (2011). *Arte esquizofrénico: cuando la locura va a los museos*. [Último acceso: 18/mayo/2015], de Jot Down Contemporary Culture Magazine. Disponible en: <http://www.jotdown.es/2011/10/arte-esquizofrenico-cuando-la-locura-va-a-los-museos/>
- Rondal, J. A. y Seron, X. (1995). *Lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüística: trastornos del lenguaje. Vol. I*. Barcelona: Paidós
- Ruiz Jiménez, M. T., Núñez Partido, J. P., Jódar Anchía, R. y Meana Peón, R. (2008). *Calidad de vida y esquizofrenia: Estudio realizado con la población perteneciente a las Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid*. Madrid: AMAFE.
- Salavera Bordás, C., Martínez Artiaga, M. P. y Barcelona Labordeta, A. (s.f). *El lenguaje en la esquizofrenia: Patologías*. [Último acceso: 20/abril/2015]. Recuperado de: <http://psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/50/index.html>
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología*. Prentice Hall México.
- Sass, L. (2014). *Locura y modernismo. La esquizofrenia a la luz del arte, la literatura y el pensamiento moderno*. Dykinson.
- Schulz, C. G. (1972). *Esquizofrenia: estudio de casos*. Barcelona: Toray.
- Serna, E., y Baeza, I. (2011). *Detección de síntomas en familiares de pacientes con esquizofrenia*. 7ª reunión anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto-Juvenil. CIBERSAM. [Último acceso: 2/marzo/2015]. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-2147-DOCUMENT/delaSerna-43-20Maig11%20.pdf>
- Vieta, E., Colom, F. y Martínez-Arán, A. (2007). *La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.